

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** B7508 Sociální práce

**Studijní obor:** Sociální pracovník

**SCHIZOFRENIE OČIMA VEŘEJNOSTI  
PUBLIC VIEW OF SCHIZOPHRENIA**

**Bakalářská práce:** 11-FP-KSS- 3017

**Autor:**

Jiřina CHALUPSKÁ

**Podpis:**

\_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** Mgr. Zdeněk Kovařík

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
107	20	0	25	30	1 + 1 CD

V Liberci dne: 27.4.2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jiřina CHALUPSKÁ  
Osobní číslo: P09000008  
Studijní program: B7508 Sociální práce  
Studijní obor: Sociální pracovník  
Název tématu: Schizofrenie očima veřejnosti  
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Cílem je posoudit život lidí nemocných schizofrenií a zjistit, jaký je postoj veřejnosti vůči nim.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

FOUCAULT, Michel. Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MENTZOS, Stavros. Dynamika duševní nemoci. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

PRAŠKO, Ján a kol. Léčíme se s psychózou. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zdeněk Kovařík

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 22. 04. 2011

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Schizofrenie očima veřejnosti  
**Jméno a příjmení autora:** Jiřina Chalupská  
**Osobní číslo:** P09000008

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 27. 04. 2012

---

## Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Zdeňku Kovaříkovi, za laskavé vedení, trpělivost, cenné rady a konzultace. Dále bych chtěla poděkovat rodině za podporu a pochopení. Jmenovitě dále děkuji Ing. Ondřeji Hadravovi nejen za technickou podporu.

V Liberci dne 27. 4. 2012

**Název bakalářské práce:** Schizofrenie očima veřejnosti

**Jméno a příjmení autora:** Jiřina Chalupská

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2011/2012

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Zdeněk Kovařík

**Anotace:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou postojů veřejnosti vůči lidem s duševní poruchou schizofrenie. Jejím stěžejním cílem bylo zjistit, jak veřejnost nahlíží na lidi se schizofrenií a jaké možnosti společenského uplatnění je lidem se schizofrenií schopna připustit. Práci tvořily dvě základní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování odborných zdrojů popisovala a objasňovala základní pojmosloví z oblasti schizofrenie, dále zahrnovala stručný nástin historie pohledů společnosti na lidi se schizofrenií, s propojením do současnosti. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku distribuovaného mezi 100 respondentů z řad obyvatel Prahy postoje veřejnosti vůči lidem se schizofrenií. Výsledky ukazovaly, že většina respondentů pociťuje vůči nemocným strach a vnímání nemocných je zkresleno mýty. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zjištění, že základním zdrojem informací o nemoci jsou ve společnosti média, nicméně informovanost je velmi nízká.

**Klíčová slova:** duševní porucha schizofrenie, veřejnost, společnost, informovanost, mýty o schizofrenii, historie schizofrenie

**Title of the bachelor thesis:** Public View of Schizophrenia

**Author:** Jiřina Chalupská

**Academic year of the bachelor thesis submission:** 2011/2012

**Supervisor:** Mgr. Zdeněk Kovařík

**Summary:**

This bachelor thesis was examining and analyzing the public view and attitude towards schizophrenic mental disorder. Key objective was to analyze how general public sees people diagnosed with schizophrenia and what are the generally accepted possibilities of their social life and involvement. The thesis consisted of two basic sections. The first section was theoretical one, which used an analysis of scientific sources to explain basic terminology, including a brief outline of past and current public view of people diagnosed with schizophrenia. The practical part was investigating general attitude towards people diagnosed with schizophrenia, using a questionnaire distributed among 100 respondents living in Prague. The results showed that the majority of respondents feels afraid of schizophrenics and perception of them is affected by myths and prejudice. Considerably the greatest achievement of this thesis is the finding that the basic source of information about schizophrenia are the media, however the level of awareness is very low.

**Key words:** schizophrenic mental disorder, general public, society, awareness, myths about schizophrenia, history of schizophrenia

# Obsah

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Vymezení pojmu schizofrenie.....	13
2 Dělení schizofrenie.....	15
2.1 Paranoidní schizofrenie (F20.0).....	15
2.2 Hebefrenní schizofrenie (F20.1).....	15
2.3 Katatonní schizofrenie (F20.2).....	16
2.4 Nediferencovaná schizofrenie (F20.3).....	17
2.5 Postschizofrenní deprese (F20.4).....	17
2.6 Reziduální schizofrenie (F20.5).....	17
2.7 Simplexní schizofrenie (F20.6).....	18
3 Vznik schizofrenie a její příčiny.....	19
3.1 Biologické faktory.....	19
3.2 Psychosociální faktory.....	22
4 Příznaky schizofrenie.....	24
5 Průběh schizofrenie.....	26
6 Léčba schizofrenie.....	27
6.1 Antipsychotika.....	28
6.2 Psychoedukace.....	28
7 Historie schizofrenie.....	30
8 Názory společnosti na schizofrenii.....	35
9 Role rodiny v životě nemocného.....	38
10 Politika péče o duševní zdraví.....	41
PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
11 Cíl.....	44



11.1 Předpoklady.....	44
<b>12 Popis průzkumné metody.....</b>	<b>45</b>
<b>13 Prostředí průzkumu a popis zkoumaného vzorku.....</b>	<b>56</b>
<b>14 Získaná data a jejich interpretace.....</b>	<b>59</b>
14.1 Průběh průzkumu.....	59
14.2 Výsledky průzkumu.....	60
14.3 Ověření předpokladů průzkumu.....	93
<b>15 Diskuse.....</b>	<b>98</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>100</b>
<b>Návrh opatření.....</b>	<b>103</b>
<b>Použité zdroje.....</b>	<b>104</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>107</b>

## Úvod

Cílem předložené bakalářské práce je posouzení života lidí nemocných schizofrenií a zjištění, jaký je postoj veřejnosti vůči nim. Téma bylo zvoleno s ohledem na profesní zaměření autorky, která od ledna 2007 působí jako vedoucí terapeut Chráněného bydlení pro lidi s duševní poruchou BONA, o. p. s.

Základním cílem organizace je začlenění lidí s duševní poruchou zpět do společnosti, což se vzhledem k mnohdy odmítavým postojům společnosti ukazuje jako nesnadné. Autorka si tedy v práci klade za cíl prozkoumat postoje veřejnosti na území hlavního města Prahy vůči lidem se schizofrenií.

Jelikož je práce zaměřena na postoje veřejnosti i na schizofrenii jako takovou, nabízí teoretická část vymezení pojmů spojených se schizofrenií, s jejími příčinami a léčbou, ale také stručný historický vývoj názorů společnosti na schizofrenii.

Práce se mimo jiné zabývá také vznikem schizofrenie a jejími hlavními průvodními projevy, aby tím byl dán jasný teoretický rámec pro následné vyhodnocení odpovědí respondentů v praktické části.

V teoretické části je také možno nahlédnout do legislativního rámce péče o duševní zdraví a v neposlední řadě se seznámit s mýty, které okolo schizofrenie panují.

V praktické části práce autorka prostřednictvím vzorku respondentů tvořeném obyvateli Prahy zjišťuje, jaké jsou jejich postoje vůči lidem se schizofrenií a jaké možnosti dle jejich názoru schizofrenici mají. Autorka při výběru vzorku respondentů vycházela z toho, že Praha, jako město s největším počtem obyvatel, nabízí také nejvíce možností a nejvyšší koncentraci služeb pro lidi se schizofrenií.

Pro ověření předpokladů byla v praktické části zvolena dotazníková metoda. Pomocí dotazníků autorka zjišťovala, jakou formou si respondenti utvářejí názory na schizofrenii a co jejich názory může ovlivnit. Dotazy byly zaměřeny také na

konkrétní vědomosti o onemocnění a na již zmiňované možnosti lidí se schizofrenií ve společnosti.

Respondentům byl v rámci dotazníku ponechán také prostor pro jejich vlastní návrhy na zlepšení situace nemocných ve společnosti. Autorka se těmito konkrétním návrhům věnuje v kapitole Návrh opatření.

Odpovědi respondentů autorka v rámci praktické části zpracovala slovně i graficky.

## TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je členěna do deseti kapitol, které jsou zaměřeny na problematiku schizofrenie a na postavení lidí se schizofrenií ve společnosti.

První kapitola se přímo dotýká vymezení pojmu schizofrenie a seznamuje čtenáře s různými pohledy různých autorů na schizofrenii.

Dále teoretická část zahrnuje rozdělení schizofrenie na její základní formy, přičemž jednotlivé formy jsou konkrétně popsány a vysvětleny. V teoretické části věnuje autorka pozornost také vzniku schizofrenie a jejím příčinám. Z příčin jsou vymezeny zejména biologické faktory a psychosociální faktory vzniku schizofrenie.

Vzhledem k průzkumu, který bude zahrnovat praktická část, zahrnula autorka do teoretické části popis příznaků schizofrenie a popis průběhu onemocnění. Autorka věnuje pozornost také léčbě schizofrenie. Z možných způsobů léčby zahrnuje teoretická část léčbu pomocí antipsychotik a dále pomocí psychoedukace.

Po vysvětlení obecných informací týkajících se onemocnění, autorka do teoretické části zahrnuje vývoj názorů na lidi se schizofrenií z hlediska historie, přičemž následující kapitolou plynule přechází do současnosti. Jako velmi významná se ukazuje také role rodiny v životě nemocného, které je věnována také speciální kapitola. Teoretickou část autorka zakončuje vymezením politiky péče o duševní zdraví.

Na teoretickou část navazuje část praktická (průzkumná), kde již autorka přímo zjišťuje postoje veřejnosti vůči lidem se schizofrenií a výsledky následně na základě provedeného průzkumu podrobně popisuje.

## 1 Vymezení pojmu schizofrenie

*Je to trochu jako mít sny, když jste naprosto probuzení. Říká se, že neurotik si celý život staví vzdušné zámky, zatímco schizofrenik v nich žije.* (Jarolímek 1996, s. 7) Takto popisuje schizofrenii MUDr. Jarolímek, který patří k předním českým lékařům v oboru.

Schizofrenie je duševní onemocnění, které řadíme do kategorie psychóz. Mezi psychózy lze řadit také maniodepresivní psychózu, smíšenou psychózu, laktační psychózu, atd. Počátkem minulého století panovala mylná představa, že typickým projevem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Odtud také pochází název schizofrenie, který v překladu z řečtiny znamená „rozštěpení duše“. Ačkoliv představa rozdvojené osobnosti byla již dávno opuštěna, používá se tento název doposud.

Je také důležité vysvětlit rozdíl mezi neurózou a psychózou (schizofrenií). Neurotik, podobně jako schizofrenik, mívá deprese, úzkosti a strachy. Tyto obtíže mu ale nezabraňují celkem normálně fungovat v reálném životě. U schizofrenika jsou jeho obtíže tak hluboké a intenzivní, že výrazně ovlivní jeho život. Je pak velmi těžké se rozhodnout, co je vlastně skutečné, co není. (Jarolímek 1996, s. 7)

Podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) jsou schizofrenní poruchy obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Osobnost je pak postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které normálnímu jedinci dávají pocit individuality, jednotnosti a autonomie. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 96),

Teorií, které se týkají schizofrenie, je mnoho. Jmenujme, například teorii českého lékaře Petra Styxe (2003, s. 94), který ji vyjadřuje následovně: *Vnější svět může být i pro zdravého člověka neutěšenou realitou, před níž uniká do snění a k fantazii. Odmítání reálného světa je v nestejně míře v povaze každého duševního onemocnění. Avšak zdravý člověk, nebo méně postižený nemocný, je zpravidla schopen rozlišovat mezi oběma světy – mezi realitou a sněním. Psychoticky nemocný však přerušuje vazby na reálný svět ve zneklidňující míře, znemožňující jeho fungování v přirozeném sociálním prostředí. Tím reálný svět*

ustupuje do pozadí a na jeho místo se tak může dostat svět fantazií a bludů. (Styx 2003, s. 94)

Doktor Milan Hauser (1981, s. 17) ve svém díle *Duševně nemocný mezi námi* vymezuje schizofrenii skrze přirovnání, že při žádné nemoci nejde jen o poruchu přímo zasaženého orgánu, např. plic, srdce či ledvin, ale o chorobu celého těla. Narušuje se celá vnitřní stabilita a biologická rovnováha organismu. Tudíž ani při duševní chorobě nejde jen o poruchu nervové činnosti, způsobenou chybnou funkcí nebo poškozením mozkových buněk, ale o onemocnění celého organismu. *Tělesné a duševní pochody tvoří nedílnou jednotu ve zdraví i v nemoci. Je tu narušena rovnováha nejen biologická, ale i sociální, protože člověk je tvor společenský, je obklopen po celý život ostatními lidmi.* (Hauser 1981, s. 17)

Další zajímavou teorii přináší doktorky Martina Venglářová a Gabriela Mahrová (2008, s. 75) ve své knize *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. *Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Myšlení může být rozjímavé až inkohereční (nedává smysl). U pacientů se schizofrenním onemocněním bývá narušený filtr třídění informací. Jako by řada podnětů měla stejnou důležitost, je obtížné soustředit se jen na to podstatné.* Je nutné dodat, že komunikace je pak pro takového pacienta velmi vyčerpávající a nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince obvykle zlověstný význam. (Venglářová, Mahrová 2008, s. 75 – 76)

## **2 Dělení schizofrenie**

Schizofrenie se dělí do devíti dalších kategorií – paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, simplexní schizofrenie, jiná schizofrenie a schizofrenie nespecifikovaná. MKN-10 u prvních sedmi zmíněných diagnóz vždy specifikuje průběh onemocnění a udává vodítka, jak tento druh schizofrenie diagnostikovat. Poslední dva typy schizofrenie hlouběji nerozebírá. Jednotlivé diagnózy jsou označeny písmenem F a číslicí 20. Za číslem 20 je pak další číslo, které určuje konkrétní diagnózu (př. F20.3 znamená nediferencovanou schizofrenii, atd.). (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 94 – 104)

### **2.1 Paranoidní schizofrenie (F20.0)**

Charakteristickým rysem pro paranoidní schizofrenii je vysoká, patologická podezřivost vůči okolí. Mnohdy bývá doprovázena paranoidními bludy, objevují se například sluchové halucinace. (Vágnerová 1999)

Tento druh schizofrenie se ve světě vyskytuje nejčastěji. Nejsou zde výrazné poruchy afektivity, vůle či řeči. Obvykle se neobjevují ani katatonní příznaky. Paranoidní schizofrenie se může objevovat v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi. Může být také chronická, ale zde je již velmi obtížné jednotlivé ataky odlišit. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 99)

Pokud je nemocný člověk spolupracující a motivovaný ke změně a k léčbě, je možné ho udržet v přiměřeně stabilizovaném stavu. (Venglářová, Mahrová 2008)

### **2.2 Hebefrenní schizofrenie (F20.1)**

U této formy schizofrenie jsou významné změny afektivity. Chování nemocného je nezodpovědné a nepředvídatelné. Nemocný projevuje svou náladu nepřiměřeně prožívané situaci a může být nápadný chichotáním, samolibým,

sebou zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, nezbedností nebo znovu a znovu se opakujícími frázemi. Nemocný má tendence k samotářství a jeho chování se může zdát beze smyslu a bez citu. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 100)

Obvyklým věkem vzniku hebefrenní schizofrenie je 15 až 25 let, což je důvodem špatné prognózy. Nemoc zasahuje rozvoj osobnosti v období, kdy by si měl člověk vytvářet a stabilizovat svou identitu. Dojde-li k onemocnění v tomto období, nemá se šanci nová identita utvořit a dětská identita jako stabilní základ nestačí. Postupně může docházet k celkovému úpadku myšlení a oploštění emocí, což je mnohdy doprovázeno zrakovými halucinacemi. Postupně dochází k úpadku osobnosti nemocného člověka. (Vágnerová 1999)

### **2.3 Katatonní schizofrenie (F20.2)**

Hlavní a převládající charakteristikou jsou výrazné psychomotorické poruchy, které se často pohybují mezi dvěma extrémy (např. od hyperkineze ke stuporu). Je obvyklé, že pacient dlouhou dobu setrvává v poloze, do které byl uveden. Katatonní příznaky se ale nevyskytují pouze u schizofrenie. Mohou být stejně tak vyvolány mozkovým onemocněním, metabolickými poruchami, alkoholem či drogami. Katatonní příznaky se mohou vyskytovat i u afektivních poruch. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 100 - 101)

Jak již bylo výše zmíněno, je obvyklé, že pacient dlouho setrvává v jedné, stejné poloze. Toto přední česká psycholožka, doktorka Marie Vágnerová (1999, s. 186) ve svém díle Psychopatologie pro pomáhající profese, nazývá jako tzv. voskovou ohebnost, kdy nemocný reaguje jako loutka. *Nemocní mívají halucinace, které jim zakazují mluvit, jednat apod. Mohou být proto značně nevyzpytatelní, jelikož nelze odhadnout, k čemu je hlasy vyzvou.* V dnešní době již tato forma schizofrenie není tak obvyklá, což je připisováno rozvoji medikamentózní léčby.



## **2.4 Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)**

Jedná se o stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídají žádné výše uvedené podskupině (paranoidní, hebefrenní nebo katatonní schizofrenie), nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by nějaká diagnosticky převládala. Tato diagnóza by se tedy měla použít pouze v případě, že se u pacienta jedná o psychotické stavy, které nelze zařadit ani do jedné ze tří předcházejících kategorií. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 101 - 102)

## **2.5 Postschizofrenní deprese (F20.4)**

Postschizofrenní deprese je depresivní ataka, která může být dlouhá a která vzniká ve chvíli, kdy odezní schizofrenní psychóza. Sice musí být u pacienta ještě přítomny schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají. Tyto přetrvávající schizofrenní příznaky mohou být jak pozitivní, tak negativní (viz. kapitola Příznaky schizofrenie).

U této depresivní poruchy je zvýšené riziko suicidiálních (sebevražedných) tendencí. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 102)

## **2.6 Reziduální schizofrenie (F20.5)**

Jedná se o chronické stádium ve vývoji schizofrenie, u kterého je jasný postup od počátečního stádia, zahrnujícího jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému dlouhodobými, i když ne nutně negativními příznaky a zhoršením. Je nutné doplnit, že pokud nelze získat adekvátní informace o dřívější anamnéze pacienta, stanovuje se prozatímní diagnóza reziduální schizofrenie. Bez odpovídající anamnézy není možné určit, zda někdy v minulosti byla splněna kritéria pro schizofrenii jiného typu. (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 102 - 103)

## 2.7 Simplexní schizofrenie (F20.6)

Pro tento druh schizofrenie je typický časný a plíživý vznik, přičemž nemocní bývají zpravidla bez zájmu o cokoli, apatičtí a pasivní. Není neobvyklé, že se izolují od společnosti a jsou autističtí. Lidé s touto diagnózou nezvládají ani běžné požadavky a jejich myšlení postupně upadá až na úroveň demence. Chybí u nich respekt k běžným normám, zahálí, potulují se. (Vágnerová 1999)

Jedná se o vzácně se vyskytující psychózu, kde se progresivně rozvíjí bizarní chování, neschopnost vypořádat se s běžnými požadavky a pokles celkové výkonnosti. Nevyskytují se zde bludy a halucinace. Typické rysy této diagnózy se rozvinou, aniž by jim předcházely jakékoliv zjevné psychotické příznaky. *Diagnózu simplexní schizofrenie je obtížné stanovit přesně, protože závisí na určení pomalu progredujícího rozvoje charakteristických „negativních“ příznaků reziduální schizofrenie (viz. F20.5) bez přítomnosti halucinací, bludů a jiných projevů dřívější psychotické ataky a s výraznými změnami v chování, projevujícími se ztrátou zájmu, zahálčivostí a sociálním stažením.* (Psychiatrické centrum Praha 2000, s. 103)

Nemocní se uzavírají do svého vlastního světa, přičemž už v dětství lze rozpoznat určité příznaky, jako introvertnost, uzavřenost a samotářství. (Venglářová, Mahrová 2008)

### 3 Vznik schizofrenie a její příčiny

Důvody vzniku schizofrenie nejsou doposud zcela jasné. Na jejím vzniku se zřejmě podílí celá řada biologických, psychologických a sociálních faktorů. (Raboch, Pavlovský 2003). Doktor Martin Jarolímek (1996, s. 11 – 13) psychologické a sociální faktory nazývá souhrnně jako psychosociální faktory. Neexistuje tedy jedna zásadní příčina vzniku schizofrenie, ale jedná se o působení řady dílčích faktorů, které když se složí za určité situace, do jakési „nešťastné“ mozaiky, vznikne nemoc.

Někteří další psychiatři schizofrenii vnímají především jako poruchu sociálních vztahů a jako psychologické selhání, které je důsledkem narušené schopnosti řešit problémy týkající se osobního vývoje a rodiny. *Role biologicky zakotvené dispozice a biologických vlivů prostředí je v některých přístupech k původu schizofrenního onemocnění zredukována na minimum, pokud o ní lze vůbec hovořit.* (Höschl, Libiger, Švestka 2002, s. 382)

#### 3.1 Biologické faktory

Mezi biologické faktory patří v první řadě dědičnost. (Jarolímek 1996, s. 11) Je obecně známo, že se dědí celá řada povahových vlastností a rysů, vzhled, talent, ale také různé choroby. Dle Praška a kol. (2005, s. 17) se dědí se jen určitá vloha k onemocnění psychózou, tedy náchylnost k nemoci, nikoli nemoc sama.

Genetické vlivy se prokazují především studiem dvojčat. V případě, onemocnění jednovaječného dvojčete, je pravděpodobnost onemocnění druhého dvojčete v průměru 50 %, ačkoliv každé z nich vyrůstá v odlišném prostředí. (Raboch, Pavlovský 2003) Nebo pokud je jeden rodič schizofrenik, je pravděpodobnost onemocnění dítěte schizofrenií 10 %. Jsou-li nemocní oba rodiče, zvyšuje se riziko onemocnění schizofrenií u jejich dítěte na 30 až 40%. Celkově se zdá, že onemocnění schizofrenií je pod genetickou kontrolou z asi 70%, nicméně ve hře je mnohem více genů, které se musejí sejít, aby nemoc propukla.

V rozvoji onemocnění hrají důležitou roli také negenetické vlivy, zevní vlivy. Během posledních třiceti let se ukázalo hned několik příkladů – virová infekce plodu ještě před narozením, narušená výživa v době těhotenství, případně i porodní komplikace. Většina těchto faktorů (genetických i negenetických) hraje svou roli ve vývoji mozku dítěte ještě před narozením. Dle Praška a kol. (2001, s. 17 - 19) se tedy člověk s dispozicí k psychotickému onemocnění obvykle již narodí.

Aby bylo možné pochopit mechanismus, jak schizofrenie vzniká, je nejprve nutné říci něco o konstrukci mozku. Ten obsahuje mozkové buňky, neurony (odhaduje se, že jich je okolo dvaceti miliard). Neurony jsou mezi sebou propojeny velkým počtem spojů a každou vteřinu jsou těmito spoji a drahami přesouvána obrovská množství informací. Je-li ale propojení a komunikace mezi neurony výrazněji narušena, může se objevit psychóza. Nicméně narušená komunikace mezi neurony v mozku sama o sobě ještě nevede k výskytu bludů a halucinací. Výše uvedený proces nejprve způsobí drobné obtíže v určitých oblastech paměti, pozornosti, schopnosti řešit některé situace v zátěži, či pružně rozhodovat – tyto obtíže nazýváme kognitivními problémy. (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 17 - 19)

*Tyto kognitivní problémy se mohou projevovat už od dětství, tedy dlouho před vlastním onemocněním. V řadě případů mohou přetrvávat celý život. Hlavním příznakem schizofrenie jsou kognitivní potíže. Bludy a halucinace jsou jenom špičkou ledovce a jejich výskyt překvapivě neříká nic o tom, jak bude daný jedinec „fungovat“ v budoucnosti. Kognitivní problémy naopak zcela jednoznačně určují, zda bude jedinec schopen dostudovat, samostatně pracovat a řešit složité problémy, které přináší každodenní život. (Praško, Bareš a kol. 2005, s. 27)*

Jak vznikají vlastní psychotické příznaky? Jedná se o řetězec příčin a následků. Narušená komunikace mezi neurony vede po řadě let k narušení

biochemických dějů v limbickém systému. Biochemické změny se zde projevují změnou výdeje chemické látky dopamin.

Limbický systém přiřazuje důležitým a zásadním událostem pozitivní nebo negativní znaménko (vnímáme ho jako libé a nelibé emoce). V rámci limbického systému pak fungují struktury, které jsou zodpovědné za ukládání vzpomínek do paměti – takto emočně označené vzpomínky si pak v případě potřeby daleko rychleji vybavíme. Jedná se o velmi důležitou vlastnost pro přežití organismu.

Pokud se limbický systém setká s opravdu závažnou informací, vyplaví se v něm dopamin, který informaci označí jako velmi důležitou (nicméně z obrovského proudu běžných informací jsou dopaminem označeny jen opravdu důležité události a fakta). U jedinců s dispozicí k psychóze je kontrola označování dopaminem narušena. Zcela náhodně pak limbický systém přiřazuje speciální význam i úplným obyčejnostem. *Například když jdu po rušné ulici, mine mě automobil a zároveň dochází díky uvedené poruše k nekontrolovanému výdeji dopaminu v mém limbickém systému, zanechá tato jinak bezvýznamná událost v mé mysli pocit speciální významnosti. Stejný pocit se projeví ve chvíli, kdy náhodně zachytím pohled kolemjdoucího, případně útržek náhodně vyslechnutého rozhovoru. Sřetězcem takto náhodně vybraných skutečností, které jsou ale zmnoženým dopaminem v limbickém systému chybně označeny jako významné, si musí mozek nějak poradit, nějak vše vysvětlit a uchopit. A právě to je živnou půdou pro vznik samotných bludů – no jistě, jsem sledován tajnou policií, to byl ten člověk v autě, na ulici jsou nastrčení agenti, proto ten významný pohled kolemjdoucího, hlídají každý můj krok a domlouvají se o mně, to byl ten útržek z rozhovoru ...* (Praško, Bareš a kol. 2005, s. 28). Významné podněty jsou nakonec propojovány do neuvěřitelných konstrukcí, které jsou nazývány bludy. (Praško, Bareš a kol. 2005, s. 28) Množství dopaminu v mozku snižují léky, které nazýváme neuroleptika. Pokud jsou užívány pravidelně, mohou se chemické pochody v mozku normalizovat a nemocnému se může vrátit schopnost vnímat jasně a logicky. (Jarolímek 1996, s. 17)

Dalším přenašečem vzruchů je serotonin, který ovlivňuje emoce, agresivitu, cyklus spánku, bdění a příjem potravy. V léčbě schizofrenie jsou používány především takové léky, které působí na dopaminový a serotoninový systém. (Praško, Bareš a kol. 2005, s. 30).

### **3.2 Psychosociální faktory**

Při studiu příčin schizofrenie byla velká pozornost věnována také psychosociálním faktorům, především vztahům v základní rodině. Bylo prokázáno, že rodina a příbuzní mohou svým přístupem a chováním pozitivně ovlivnit další průběh nemoci. Pokud se podaří rodinu zapojit do rehabilitačních programů a pokud se podaří snížit vyjadřování emocí v rodině, může se průběh a prognóza onemocnění podstatně zlepšit.

Na vzniku schizofrenie se podílí vzájemné působení biologických a sociálních faktorů, které tak vytvářejí dispozici k onemocnění. Tato dispozice je tvořena z nadměrné citlivosti člověka (hypersenzitivita) a z nadměrné zranitelnosti (vulnerabilita). Nicméně to, jestli člověk s touto dispozicí schizofrenií onemocní závisí na mnoha dalších příčinách. V příznivém případě i člověk s touto dispozicí schizofrenií vůbec onemocnět nemusí.

Každý člověk má svůj stresový práh, který je ovlivňován aktuální situací (nemoc, konflikty, atd.). Lidé s počínající schizofrenií mají tento práh velmi výrazně snížený, ohraničení se vůči okolnímu světu je pro ně náročnější a zápasí s problémy vlastní identity. (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 18 - 19)

*Výzkumy vlivu životních událostí jednoznačně prokázaly, že nemocní před propuknutím choroby vnímali zřetelně více změn ve svém každodenním životě než soubor zdravých lidí. Zvýšené množství podnětů je tedy spojené s rizikem vzplanutí onemocnění, ale snížené množství podnětů zase může vést k nečinnosti a apatii.* (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 19) U nemocných lidí je nutné usilovat o rovnováhu. (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 19)

Doktoři Jiří Raboch a Pavel Pavlovský ve svém díle Psychiatrie (2003) rozlišují psychosociální faktory zvlášť na sociální a psychologické faktory.

Sociální faktory ukazují dle jejich názoru na vyšší prevalenci onemocnění u nižších společenských vrstev – do značné míry je toto dáno tím, že schizofrenie vede k propadu na společenském žebříčku. Důvodem je snížení možností získat a uplatnit kvalifikaci a tím se pak zařadit do vyšší společenské vrstvy. V minulosti panoval názor, že u přistěhovalců a v rozvojových zemích je výskyt schizofrenie vyšší. Tento názor byl však vyvrácen epidemiologickými studiemi.

U psychologických faktorů se zaměřují především na historii. V minulosti byla za hlavní psychologický faktor považována teorie zlobného vlivu hyperprotektivních matek. Tyto názory se již v současnosti nepovažují za správné.

## 4 Příznaky schizofrenie

Za základní příznaky schizofrenie považují doktoři Raboch a Pavlovský (2003, s. 81) poruchy myšlení a jednání.

*K diagnostikování schizofrenie se vyžaduje, aby byl přítomen alespoň jeden z následujících příznaků v trvání delším než jeden měsíc:*

- *slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace (odmítání nebo vkládání myšlenek a jejich vysílání),*
- *bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky,*
- *halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají,*
- *bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře.*

*Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících:*

- *přetrvávající halucinace,*
- *formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy), katatonní projevy,*
- *negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči (alogie), autismu a emočního oploštění až vyhaslosti,*
- *nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost, ...).*

Mezi nejklasičtější schizofrenní příznaky se řadí bludy a halucinace. Blud je falešná představa, která nemocnému připadá naprosto reálná a nelze mu ji nijak vymluvit (pocit pronásledování, spiknutí, představa, že jsem nadán nadpřirozenými schopnostmi, ...).



Halucinace jsou zase produktem zkresleného vnímání okolní reality. Halucinace vycházejí z fantazie pacientů, která je rozbouřená a nekontrolovatelná. Člověk slyší, vidí nebo cítí věci, které jsou pro ostatní lidi nevnímátné (slyší hlasy, ačkoliv nikdo jiný není v místnosti, mají pocit, že se jich někdo dotýká, ačkoliv jsou sami, ...)

Dalším typickým příznakem schizofrenie jsou poruchy pozornosti. (Jarolímek 1996, s. 8)

Příznaky schizofrenie jsou většinou rozdělovány na pozitivní a negativní příznaky. Jako pozitivní označujeme ty příznaky, které představují nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí (bludy, halucinace). Mezi negativní příznaky řadíme oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. (Praško, Bareš, 2001 s. 20 – 23) Lékaři Bouček a Pidrman (2005) ve svém díle *Psychofarmaka v medicíně*, uvádějí k pozitivním a negativním příznakům ještě příznaky kognitivní. Kognitivní příznaky znamenají disorganizaci myšlení. Dále mohou znamenat omezení a stažení intelektových a dalších kognitivních schopností. Kognitivní příznaky se vyskytují v akutní fázi onemocnění, ale často však přetrvávají i dlouhodobě.

## 5 Průběh schizofrenie

Dle MUDr. Jarolímka (1996, s. 10) onemocní schizofrenií 2 lidé ze sta (2%) a to nejčastěji mezi 16. a 30. rokem života. Onemocnění ale může vzniknout také v dětství či ve starším věku, což znamená, že onemocnět může každý z nás.

Doktoři Praško, Bareš a kolektiv (2005, s. 11) ve své publikaci uvádějí četnost onemocnění nižší, v rozmezí 1 – 1,5% populace, což znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Četnost výskytu schizofrenie je stejně častá u mužů i u žen. Muži onemocní nejčastěji ve věkovém rozmezí 15 – 25 let a ženy zase nejčastěji ve věku 25 – 35 let. Je nutné podotknout, že schizofrenií nicméně může onemocnět každý, bez rozdílu věku, pohlaví a místa bydliště. Jak již bylo výše zmiňováno, může onemocnění ovlivnit celá řada faktorů.

Je známo, že plně se uzdraví třetina nemocných lidí. U druhé třetiny se schizofrenie občas vrací, což může ovlivňovat fungování nemocného v běžném životě. U poslední třetiny se nemoc vrací tak často, že intenzivně zasahuje do života nemocného (v práci, doma, ...). Dle prognózy ale není tento špatný výsledek schizofrenie dán hned od začátku onemocnění. Podílí se na něm celá řada ovlivnitelných faktorů, jako třeba dobře fungující rodina. MUDr. Jarolímek (1996, s. 10 - 11) jako příklad uvádí, že v rozvojových zemích, kde je podpora rodiny jejím členům stále hodně silná, je průběh schizofrenie daleko příznivější, než v zemích západní kultury.

## 6 Léčba schizofrenie

Příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch a chorob se zabývá lékařská věda – psychiatrie. Projevy psychických abnormalit a poruch není možné hodnotit, aniž bychom znali „normální“ projevy lidského chování, které studuje a popisuje psychologie. Psychologie jako věda zkoumá mentální procesy a chování u člověka v normě. Tato norma je ovšem historicky a sociokulturně podmíněná. (Zvolský a kol. 1996, s. 5)

Nevýhodou psychiatrie bohužel stále zůstává to, že v mnoha případech postrádá lidský kontakt, i když je všeobecně známo, že právě tato stránka léčby je velmi významná. Velký význam hraje také to, zda pacient ke svému lékaři získá či nezíská důvěru a zda lékař pacienta chápe jako člověka. Stále není tolik pracovníků, aby bylo možné věnovat každému pacientovi tolik času, kolik by si přál nebo dokonce kolik by potřeboval. (Kalina 1987, s. 59 – 60)

Psychózy, hlavně schizofrenie, byly v minulosti pokládány za nemoci s ne příliš příznivou prognózou. Malé možnosti léčby vedly k tomu, že se pacientův stav stával většinou chronickým. Dnes je situace již o mnoho lepší. Představy veřejnosti o možnostech léčby lidí se schizofrenií se ale bohužel nevyvíjejí stejně rychle jako lékařské pokroky.

Léčba nemocných se liší především podle fáze onemocnění, ve kterém se postižený nachází. Při akutních stavech je nejčastější volbou léčba léky. Psychofarmaka se dále užívají i k zabránění nových atak. Využívají se také psychoterapeutické a socioterapeutické metody, které jsou pro léčbu velmi důležité. (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 28 – 29)

Lidé trpící schizofrenií, potřebují v naprosté většině případů dlouhodobou a často celoživotní psychiatrickou péči. Pokud ji dostávají, mohou se naučit se svou nemocí fungovat v soukromém i veřejném životě. (Esprit 2009, s. 8)

Při léčbě schizofrenie se dle MUDr. Jarolímka (1996, s. 16) z psychofarmak využívají především neuroleptika, dále hypnotika (pomáhají navodit spánek) a tzv. antiparkinsonika (pomáhají odstranit vedlejší účinky neuroleptik).

MUDr. Praško a kol. (2001, s. 30) již ve svém díle Psychotická porucha a její léčba nazývají medikamenty souhrnně jako antipsychotika. Ta vedou ke zklidnění nemocného, zmírnění jeho úzkostí a navození spánku. Díky těmto lékům nemusejí být nemocní odsouzeni k doživotnímu pobytu v psychiatrických zařízeních (léčebnách).

## 6.1 Antipsychotika

Jsou to léky, jejichž hlavním účelem je léčba psychotických příznaků, zejména schizofrenie. Prvním lékem z této řady byl na počátku padesátých let chlorpromazin. Následovala ale celá řada dalších léků a jejich vývoj neustále pokračuje.

Antipsychotika dělíme z klinického pohledu do dvou skupin:

- klasická, konvenční antipsychotika, původně nazývaná neuroleptika. Dnes jsou označována jako antipsychotika první generace (A1G),
- antipsychotika druhé generace (A2G).

Základním využitím pro podání antipsychotik je léčba schizofrenie. Výše zmiňovaná neuroleptika (A1G) byla účinná převážně v léčbě halucinací, bludů a formálních poruch myšlení. Antipsychotika druhé generace (A2G) mají spektrum účinku širší. Měla by být účinná při léčbě či korekci všech tří základních skupin schizofrenních příznaků (pozitivních, negativních a kognitivních). (Bouček, Pidrman 2005)

## 6.2 Psychoedukace

*Cílem dlouhodobé léčby je předejít relapsu. Farmakoterapie doplněná rodinnou psychoedukací patří v současnosti k velmi účinným postupům. Psychoedukace u schizofrenie je terapeutická technika, jejímž hlavním úkolem je poskytnout nemocným a jejich příbuzným důkladné informace o povaze nemoci*

*a možnostech její léčby. Psychoedukace se skládá z edukace, kognitivní rehabilitace, psychoterapie a nácviku sociálních dovedností.* (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 32)

Psychoedukace je jen jedním z mnoha psychosociálních přístupů, které lze pro pomoc při léčbě nemocného zvolit. Hlavním cílem léčby psychóz je odstranit příznaky, zajistit, aby se pokud možno nevracely, zocelit nemocného vůči stresu a pomoci mu s mnoha problémy, které mu život s psychózou přináší. Antipsychotika sice odstraňují příznaky nemoci a zabraňují jejich návratu, ale nemohou nemocného sami o sobě obrnit vůči stresu a nevyřeší za něho jeho problémy. Právě s tím pak pomáhají psychosociální přístupy. Jmenujme alespoň některé – psychoedukace, podpůrná psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, nácvik sociálních dovedností, intenzivní individuální komunitní péče, chráněná bydlení, zaměstnání s podporou, atd. (Praško, Bareš a kol. 2005, s. 40 - 43)

## 7 Historie schizofrenie

Z historického hlediska vyplývá, že každá společnost se ve své historii musela zabývat společensky problémovými a duševně nemocnými spoluobčany. Popisy duševního onemocnění se vyskytují vlastně již v Písmu svatém, kdy Kniha Danielova vypráví o zešílení babylonského krále před 3000 lety (král se pásal na louce, protože se domníval, že je divoké zvíře). Nebo lze také jmenovat zmínku v Novém zákoně o muži, který byl posedlý zlým duchem, zpřetrhal řetězy a procházel se nahý. (Beer, Pereira, Paton 2005)

Dle francouzského filozofa a profesora Michela Foucaulta (1999, s. 81) přiznal západ šílenství statut duševní choroby poměrně nedávno. Šílenec byl vlastně až do příchodu pozitivního lékařství pokládán za posedlého. *Všechny dějiny psychiatrie, až do dnešních dnů, se snažily ukázat středověkého a renesančního blázna jako neuznaného nemocného, zajatého v těsné síti náboženských a magických významů.* (Foucault 1999, s. 81)

Psychiatrie se jako univerzální obor začala přednášet až v 19. století, ale naproti tomu byla psychiatrická onemocnění mezi prvními nemocemi, které byly jednotlivě rozpoznány a popsány. Asi nejstarším lékařským dokumentem je Eberův papyrus, který obsahuje popis deprese a pochází z doby 1900 před Kristem.

Již v antickém období byla klasifikace duševních onemocnění poměrně rozvinuta (melancholie, mánie, delirium, ...), přičemž vysvětlení příčin těchto poruch byla různá (v řeckém a římském světě byla vysvětlení převážně organická).

Hippokrates lokalizoval lidskou schopnost cítit, myslet a mít sny a více než tisíc let před Freudem rozpoznal, že sny jsou výrazem našich přání, která se snaží dostat do vědomí.

Pozdější řecká filosofie více zdůrazňovala vztahy mezi lidskými jedinci a společností. Člověk byl považován za „tabula rasa“ (čistou stránku), která je ovlivňována jen vlivy okolí. Zároveň byla zdůrazněna důležitost citů a vjemů.

Poslední z velkých lékařů antiky, Galén, tvrdil, že duševní onemocnění mohou být způsobena přímým poškozením mozku nebo mohou být odpovědí mozku na nemoc jiné části těla. Jeho předpokladem bylo, že sídlo duše je neoddělitelné od nervových center.

Po pádu Říše římské došlo k politickému chaosu a úpadku humanistického a vědeckého vzdělání. Nastoupil rozvoj Křesťanství a orientální mystéria z Východu. Změnil se postoj k lidem postiženým duševními nemocemi a vědecké pozorování bylo nahrazeno vyznáváním zjevné pravdy.

Důležitým dokumentem této doby byl Codex Theodosianus (z roku 438 po Kristu), kde bylo odsouzeno vše, co pochází z magie a bylo vyhlášeno stíhání a trestání „posedlých“. Duševní poruchy se tak staly předmětem náboženského hodnocení v pojetí Demonologie.

Výše popsané postoje sice převažovaly, přesto se paralelně objevovaly i rozumné a ušlechtilé názory.

Středověk je známý svými hony na čarodějnice, které započaly ve druhé polovině 13. století. V roce 1439 vychází kniha Malleus Maleficarum, která shrnuje názory na čarodějnictví. Paralelně s těmito fanatickými názory se ale objevuje především ze strany lékařů, odpor proti oficiálnímu učení. Zákon o čarodějnictví ruší teprve císařovna Marie Terezie v roce 1755. Během 19. století se přesto objevilo ještě několik případů upálení pro čarodějnictví. Posledním doloženým případem je případ z Mexika z roku 1874, kde byli upálení dva manželé pro obvinění z očarování jiné osoby. (Zvolský a kol. 1996, s. 5 - 7)

*Zcela konkrétní hodnocení duševních poruch, jež můžeme sledovat i během Středověku vyjadřované i vynikajícími představiteli téhož náboženského přesvědčení ukazuje, že v každém historickém období může nabyt převahy fanatický výklad, jenž využívá a strhává lidské emoce a vášně k popření strážlivého a racionálního hodnocení a jakémkoli přestrojení vždy slouží mocenským cílům. (Zvolský a kol. 1996, s. 8)*

Během renesance se pak obnovuje smysl pro přírodu a lidskou osobnost a nastává návrat k humanismu. Dochází také k návratu k vědeckému pozorování

a poznání. Avšak přes postupné upadávání vlivu demonologie přetrvává primitivní postoj k léčbě duševně nemocných až do doby Osvícenství. (Zvolský a kol. 1996, s. 8)

V prostředku 17. století přichází velká změna a svět šílenství se rychle mění ve svět vyhnanství. V celé Evropě byly vytvořeny velké internační ústavy, které byly určené pro blázny, ale také pro celou řadu lidí, kteří se nějak odlišovali (invalidé, nuzní starci, žebráci, notoričtí povaleči, pohlavně nemocní) a jevíli známky určitého „narušení“. Tyto domy ale neměly žádné lékařské poslání a lidé sem přicházeli ve chvíli, kdy už nemohli nebo nesměli být příslušníky společnosti. (Foucault 1999, s. 85) Šílenství začalo být vnímáno i ze sociálního pohledu, což je v jeho dějinách událost rozhodujícího významu. Začalo být vnímáno z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat, či nemožnosti zapojit se do společenství. (Foucault 1994, s. 54) *Zkušenost šílenství nyní široce ovlivňuje – a mění její smysl – nové významy propůjčované chudobě, důležitost přičítaná pracovní povinnosti a všechny další mravní hodnoty spojované s prací.* (Foucault 1994, s. 54)

V období Osvícenství dochází k reformě péče o psychicky nemocné, jsou zakládány psychiatrické nemocnice, vytváří se nosologie psychických poruch a objevují se teorie jejich příčin.

Na některých místech našeho státu lze sledovat prvotně vznik azylů. Prvním azylem pro duševně nemocné lidi se může pochlubit Znojmo již v roce 1458.

V Praze byla zřízena nemocnice Na Františku, kde od roku 1761 pracovala „praktická lékařská škola“. Působil zde doktor Jan Thebald Held, který se stal prvním odborníkem v psychiatrii u nás.

V Rakousku-Uhersku, ve Vídni, byla založena první všeobecná nemocnice (1784), ke které patřilo i oddělení pro ošetřování duševně nemocných. V roce 1790 byla všeobecná nemocnice založena i v Praze – praktická lékařská škola do ní byla převedena. Navíc byla postavena separátní budova pro ošetřování duševně nemocných, tzv. Tollhaus, nebo-li blázinec. Jelikož se zvyšovala potřeba dalších a dalších lůžek, byly postupně dokupovány všechny budovy augustinského



kláštera u kostela svaté Kateřiny, čímž vznikl Ústav pro choromyslné království české. Jeho plný provoz se rozvinul v roce 1846. Již v tuto dobu se tam uplatnila řada nových a pokrokových myšlenek v ošetřování duševně nemocných (zábavní místnosti, léčba prací na zahradě, knihovna). Také vznikaly další pobočky – Na Slupi, u sv. Apolináře nebo byl vybudován ústav v Kosmonosích a zakládají se léčebny v Dobřanech a Opařanech. (Zvolský a kol. 1996, s. 8 - 9)

Psychiatrii v 19. století již prosazují nerestriktivní zacházení s pacienty, ale i přes to zůstávala většina nemocnic a psychiatrických oddělení uzavřena. K průlomů dochází v roce 1930 předložením návrhu zákona o léčbě duševně nemocných (Mental Treatment Act), kde je vyzdvihována dobrovolnost hospitalizace. V roce 1959 bylo toto doporučení stvrzeno Zákonem o duševním zdraví (Mental Health Act), kde jsou jasně rozepsané postupy přijímání pacientů k nedobrovolné hospitalizaci. (Beer, Pereira, Paton 2005)

V Čechách a na Moravě vznikala kolem po roce 1900 soustava psychiatrických léčeben (Praha – Bohnice, Kroměříž, Horní Beřkovice, atd.). Nikoli jen na univerzitních klinikách, ale i v rámci mnoha psychiatrických léčeben a oddělení byla pěstována a podporována výzkumná činnost, k jejímuž oživení došlo zejména po zavedení psychofarmakologické léčby. V šedesátých letech vzniká výzkumná psychiatrická laboratoř. V roce 1961 byl založen Výzkumný ústav psychiatrický v Praze 8, který dosud rozšiřuje své mezinárodní styky. Po roce 1989 byl ředitelem, prof. Cyrilem Höschlem přejmenován na Psychiatrické centrum Praha (PCP). (Zvolský a kol. 1996, s. 9 - 10) Základním posláním Psychiatrického centra Praha (PCP) je kromě vědecké a výzkumné činnosti zaměřené na duševní choroby a na oblast duševního zdraví, také poskytování standardní i nadstandardní odborné a specializované ústavní i ambulantní léčebné péče, dále výchova vědeckých a odborných pracovníků, podílení se na zpracování a šíření vědeckých lékařských informací a reprezentování české vědy v oblasti výzkumu duševních poruch a ochrany duševního zdraví v zahraničí. (Psychiatrické centrum Praha 2011)

V současné době je léčba mnohem více moderní a je založena na spolupráci nemocného, jeho rodiny a dalších blízkých lidí s odborníky na duševní zdraví. Je důležité, že aby spolupráce byla možná, potřebují mít všichni zúčastnění dostatek informací o tom, co je psychóza a jak ji pochopit, jaké má příčiny a průběh a jak se dá léčit. (Praško, Bareš a kol. 2001, s. 28 – 29)

Psychiatrie jako obor prošla v posledních 15ti letech řadou významných změn ve svém vývoji. *Celý pokrokový svět se hlásí k ofenzivě v boji s duševními poruchami a podporuje integraci v psychiatrii. Proti předsudkům minulosti o duševně nemocných a jejich místě ve společnosti se rozvíjí Antistigma program, který by měl široké laické veřejnosti přiblížit současné chápání duševních poruch (především psychóz), způsoby jejich léčení a rehabilitace.* (Bouček, Pidrman 2005, s. 11)

## 8 Názory společnosti na schizofrenii

Lékař, psycholog, sociolog nebo právník – každý z nich na nemoc nazírá jinak. Například sociolog nemoc chápe jako úchylku, což lze vysvětlit tím, že duševní nemoc je společensky nežádoucí a chování nemocného se odchyluje od normy, kterou společnost očekává. Nicméně mezi ostatními společenskými deviacemi má duševní nemoc zvláštní postavení, protože nenese negativní sankce, které by byly srovnatelné s trestem za trestný čin. Naopak – lidé nemocného neobviňují, ale měli by mu projevovat sympatie, poskytovat sociální podporu. Duševní nemoc má toto zvláštní postavení mezi společenskými deviacemi také díky její předpokládané nemotivovanosti.

Nemoc je pro společnost nežádoucím jevem, což s historickým vývojem vedlo k vytvoření zvláštní role pro postižené lidi. Tuto roli popsal sociolog Parsons (1965) a dále ji rozpracoval Freidson (1970). Dle této teorie má role nemocného čtyři charakteristické rysy:

- nemocný není zodpovědný za vznik svého stavu a není schopen ho odstranit svou vůlí,
- nemocný je v důsledku onemocnění zproštěn svých dosavadních povinností,
- nemocný je povinen dávat najevo, že si uvědomuje nežádoucnost svého stavu a jeho přechodnost,
- pokud nedojde ke spontánní úpravě zdravotního stavu, je nemocný povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi.

U prvních dvou znaků jsou vyjádřeny spíše výsady nemocného, ale další dva znaky mají ráz povinností, čímž podmiňují přiznání úlev.

Pozice duševně nemocného ve společnosti je určena subjektivním prožíváním a zevními projevy emocí. Nepřiměřené emoční chování je pro laické posouzení včetně posouzení nebezpečnosti duševně nemocného rozhodující. (Baštecký 1997, s. 18 - 20)

Široká veřejnost a dokonce i zdravotní pracovníci mají tendence uchylovat se k mýtům o lidech trpících schizofrenií. Jejich představy obvykle zahrnují některé nebo všechny z následujících představ:

- *Nikdo se ze schizofrenie nevyléčí.*
- *Schizofrenie je neléčitelná nemoc.*
- *Lidé se schizofrenií jsou obvykle agresivní a nebezpeční.*
- *U lidí se schizofrenií je pravděpodobné, že ostatní nakazí svým šílenstvím.*
- *Lidé se schizofrenií jsou líní a nespolehliví.*
- *Schizofrenie je výsledkem úmyslně slabé vůle a povahy. ("Člověk by se z toho mohl dostat, kdyby chtěl.").*
- *Všechno, co lidé se schizofrenií říkají, je nesmysl.*
- *Lidé se schizofrenií nejsou schopni spolehlivě informovat o účincích léčby nebo jiných věcech, které se jim dějí.*
- *Lidé se schizofrenií jsou naprosto neschopni se racionálně rozhodovat o svém životě (např. kde bydlet).*
- *Lidé se schizofrenií jsou nevypočitatelní.*
- *Lidé se schizofrenií nemohou pracovat.*
- *Nemoc se u lidí se schizofrenií celý život postupně zhoršuje.*
- *Schizofrenie je vina rodičů. (Změna STOPSTIGMA 2012)*

Ke snížení stigmatu a diskriminace lidí se schizofrenií, se musí změnit postoje lidí například s pomocí osvěty. Zároveň je nezbytné, aby se změnily zákony a veřejná politika, které by mohly zmírnit diskriminaci a zvýšit právní ochranu lidí s duševními poruchami. (Změna STOPSTIGMA 2012)

Stavros Mentzos (2005, s. 81) popisuje ve svém díle Dynamika duševní nemoci, jaký vliv může na schizofrenického pacienta odmítnutí nejbližší osoby.

*Schizofrenický pacient cítí odmítnutí jako zničující lhostejnost, jako zničení své existence a osoby (jako integrované souvislé autonomní entity).*

Lze pozorovat několik variací reakcí na odmítnutí:

- uzavření se do sebe a úplná lhostejnost k odmítavému blízkému. Odstupňování může být parné od pacientovy zdánlivé lhostejnosti až k úplnému autismu,
- *vývoj bludného vztahu, ať už ve formě vztahovačného nebo dokonce perzekučního bludu, který totiž slouží nejenom projekci agrese, nýbrž i (snad i v první řadě) ustavení zvláštního a za jistých okolností jediného možného vztahu k objektu, jež když nemiluje, alespoň nenávidí a pronásleduje.* (Mentzos 2005, s. 82) Podobnou úlohu mohou hrát také akustické halucinace (resp. hlasy), ať jsou dobré, nebo naopak kritizující,
- na základě okolností masivní agrese se mohou objevovat i násilné činy,
- u pacienta se může objevit i těžké psychosomatické onemocnění,
- reakcí na odmítnutí mohou být i sebevražedné myšlenky nebo dokonce sebevražda. (Mentzos 2005, s. 83)

## 9 Role rodiny v životě nemocného

Rodina v sobě představuje systém vazeb a vzájemných interakcí nejen mezi dětmi a rodiči, ale i vůči širší rodině (prarodiče, další příbuzní, přátelé). Objeví-li se tedy u jednoho ze členů rodiny psychiatrická porucha, pocítí ostatní příbuzní citelně její důsledky. To jak se tyto důsledky projeví závisí na mnoha faktorech. Prvně závisí na vzájemném vztahu (zda se problém týká dítěte, manžela, sourozence, atd.), dále záleží na povaze onemocnění a na její prognóze. Nakonec záleží na typu rodiny a na tom, jak jednotliví členové rodiny reagují na vzniklou situaci. (Pěč, Probstová 2009, s. 199) *Obecně řečeno: rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných, často jediným a nejdůležitějším. Vedle zdravotníků mnohdy zůstávají v okolí dlouhodobě psychiatricky nemocných právě pouze členové rodiny. Mnoho pacientů však žije u příbuzných, kteří dbají na to, aby nedocházelo k přerušení běžných společenských vztahů.*

*Jak ukazují průzkumy, mohou právě specifické rysy vztahů v rámci rodiny rovněž ovlivnit vývoj poruchy.* (Pěč, Probstová 2009, s. 199)

Dle MUDr. Jarolímka (1996, s. 21 - 22) existují dva extrémy péče rodiny o nemocného. V prvním typu rodiny je nemocný vystavován kritickým připomínkám za své chování, které však většinou souvisí s jeho psychickým onemocněním. Příbuzní dávají jasně najevo svou nespokojenost s chováním nemocného – obviňují ho z lenosti, případně schválností z jeho strany. Nemocný pak přirozeně reaguje podrážděně, nebo se ještě více stáhne do své samoty. V rodině pak panuje atmosféra napětí, podrážděnosti, někdy i nepřátelství. Toto prostředí může být pro člověka, který prodělal psychózu velmi škodlivé a může vést k opakovanému zhoršování jeho psychického stavu.

Existuje ještě druhý extrém, ale stejně škodlivý. Rodina nemocného může oproti předchozímu typu chování působit na nemocného nadměrně ochranně, tedy hyperprotektivně. Rodiče v těchto rodinách přistupují k nemocnému jako k malému dítěti. Většinou po nemocném nic nepožadují a často vyhovují všem jeho přáním, ačkoliv vycházejí z jeho nemoci. Byť je toto chování vedeno upřímnou snahou co nejvíce ochránit nemocného a co nejvíce a nejlépe se o něho

postarat, je nutné si uvědomit, že je značně škodlivé. *Znemožňuje vlastně dotyčnému pacientu, aby se stal opět zdravým, dospělým a „svéprávným“.* (Jarolímek 1996, s. 22) Nemocný se tak čím dál hlouběji noří do pasivní závislosti na svých blízkých.

Jak by se tedy rodiče a ostatní příbuzní měli k nemocnému chovat, aby jejich přístup byl správný? Základem je zkusit být co nejvíce tolerantní a trpělivý k projevům nemoci. Nemocnému bychom neměli projevy nemoci vyčítat, protože nejsou jeho vinou. Dalším důležitým bodem je zkoušet vyjadřovat všechny věci přímo a pokud možno co nejdříve – to může pomoci předcházet kumulaci napětí v rodině. (Jarolímek 1996, s. 22)

Lidé s duševním onemocněním se velmi snadno dostávají do sociální izolace, protože těžko budují nové, přirozené vztahy. Díky negativnímu vnímání duševní nemoci rodinou či veřejností, pak často dochází ke stigmatizaci. Kvůli vlastní sociální izolaci pak může dojít i k tzv. selfstigmatizaci, kdy se nemocný člověk cítí méněcenný, podceňuje se a sám se vyčleňuje z okolního světa. (Venglářová, Mahrová a kol. 2008)

To, že má schizofrenie největší dopad nejspíše na rodinu, je již zmiňováno výše. Doktorka Marie Vágnerová (1999) popisuje dění v rodině tak, že rodina ztrácí funkci klidného zázemí, protože nemocný člověk zde působí rušivě. Nemocný uděluje situacím jiný význam, který na zdravého člověka působí nesmyslně. Soužití v rodině se může stát nemožné pokud není nemocný člen rodiny pod řádnou medikamentózní léčbou.

Ve vzácných případech může nemocný svou bludnou produkci přenést ještě na některého jiného člena rodiny, který je s ním více citově spojen. Ve většině případů se jedná o matku, která se posléze nechá stáhnout k přesvědčení, že některé bludy jsou pravdivé. Toto nazýváme jako tzv. indukci bludného myšlení. Psychiatrije je to označováno také jako „folie au deux“, v překladu tzv. bláznění ve dvou.

Do dnešní doby bylo vyvinuto mnoho programů, jejichž úkolem je podporovat členy rodiny pacientů trpících psychiatrickou poruchou. Tyto

programy mají mnoho témat, z nichž jmenujme alespoň některé. Je důležité mít informace o nemoci, aby byli členové rodiny schopni vhodně přistupovat k nemocnému.

Dalším důležitým bodem výše zmiňovaných programů je zaměření se na silné stránky členů rodiny, protože jednotliví členové se mohou cítit podlomení. (Pěč, Probstová 2009, s. 204 - 205) *Všichni členové rodiny fungují nejlépe, jak jsou v dané situaci schopni se všemi rozpory a povinnostmi, jež s sebou přináší soužití s duševně nemocným členem rodiny.* (Pěč, Probstová 2009, s. 205)

Velmi důležité je také sdílení emocí a komunikace v rámci rodiny. Každý člen rodiny by měl mít jasné stanovené hranice, aby pak například nedošlo k tomu, že děti se stanou zodpovědné za své rodiče.

Jedním z dalších programů, jak lépe (snadněji) zvládat soužití rodiny s nemocným, je obnovení společenských vazeb. Je velmi důležité, aby se prolomilo utajování choroby před ostatními, aby došlo k obnovení vazeb v rámci rodiny, mezi přáteli a známými.

Pozitivní pro rodinu, nemocného a další průběh nemoci může být také to, pokud jsou tito jmenovaní schopni jednat se zdravotníky a lékaři, kteří do léčby člena jejich domácnosti zasahují. V každém případě je ku prospěchu rodiny, pokud jsou její členové schopni vytvořit s lékaři spolupracující vztah.

Psychiatrické onemocnění někoho z rodiny znamená pro rodinu přirozeně velké změny. (Pěč, Probstová 2009, s. 205 - 207) *Vážnost choroby ve svém důsledku také závisí na vztazích v rámci rodiny, na psychosociální povaze choroby a na povaze rodiny samotné.* (Pěč, Probstová 2009, s. 207) Je prokázáno, že podpora a přijetí ze strany rodiny má pozitivní vliv na průběh nemoci. (Pěč, Probstová 2009, s. 207)



## 10 Politika péče o duševní zdraví

Ve srovnání s jinými státy, kde je politika péče o duševní zdraví zřetelněji formulována, má Česká republika vůči lidem se schizofrenií značný dluh. Můžeme jmenovat několik dokumentů Evropského společenství, které se vztahují k duševnímu onemocnění, ale jejich závaznost je pouze nepřímá – Deklarace o duševním zdraví pro Evropu 2005, Akční plán duševního zdraví pro Evropu 2005, Zelená kniha, Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva 2005).

U nás existuje pouze dokument Zdraví 21, který přijalo ministerstvo zdravotnictví. Ten v části 6 pojednává o cílech a jejich naplňování v péči o duševně nemocné. Jeho dopad je však pouze formální. (Pěč, Probstová 2009, s. 198 - 199)

Lidé s duševním onemocněním jsou si svých práv vědomi buď pouze výběrově, nebo je nechápou vůbec, či je nedovedou prosadit. Jejich práv se týkají zejména dvě listiny, a to Deklarace lidských práv duševně nemocných a Deklarace lidských práv a duševního zdraví.

Deklarace lidských práv duševně nemocných byla přijata Světovou federací duševního zdraví v roce 1989 v Luxoru. Obsahuje základní oblasti, kde mohou být lidská práva duševně nemocných nejvíce a nejčastěji ohrožena, a to někdy i jednáním samotného nemocného. (Baštecký 1997, s. 57 - 58)

Jako obzvláště významnou pasáž vnímá Doc. MUDr. Jaroslav Baštecký (1997, s. 58) diagnostiku duševní nemoci, aby nedocházelo ke zneužití psychiatrie: *Diagnóza duševní choroby bude lékaři stanovována podle přijatých medicínských, vědeckých a etických norem a obtíže v adaptaci k morálním, sociálním, politickým a jiným jevům by neměly být považovány za duševní poruchu.*

Deklarace lidských práv a duševního zdraví vychází z textu luxorské deklarace a v některých pasážích jsou oba dokumenty totožné. V roce 1989 ji vyhlásila Mezinárodní federace duševního zdraví. *Zdůrazňuje základní lidská práva a odvozuje z nich základní postuláty, pokud jde o duševně nemocné:*

- *nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných okolností za vyčleněného z lidské společnosti;*
- *jednat s ním jako s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním konáním a stavem narušoval;*
- *chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom, nebo nedává najevo, že si jich vědom je;*
- *informovat jej o stavu sociálním a zdravotním, o možnostech nápravy a léčby, být mu nápomocen;*
- *informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení. (Baštecký 1997, s. 58)*

## PRAKTICKÁ ČÁST

Tématem bakalářské práce je pohled veřejnosti na duševní poruchu nazývanou schizofrenie, zároveň také pohled na samotné nemocné, kteří schizofrenií trpí.

V předchozí části vymezila autorka teorii k tomuto tématu. Zabývala se vymezením schizofrenie z hlediska rozdělení na jednotlivé kategorie, příčin, léčby, příznaků a průběhu onemocnění. Dále se zaměřila na historii onemocnění a měnící se názory veřejnosti k lidem nemocným schizofrenií. Autorka také vymezila roli rodiny při léčbě schizofrenie některého z členů domácnosti a do práce zahrnula také kapitolu, která se týká politiky péče o duševní zdraví.

Praktická část bakalářské práce se zabývá průzkumem mezi veřejností na území hlavního města Prahy a následným vyhodnocením tohoto průzkumu, přičemž základní výzkumnou otázkou je, jaký je život dospělých lidí se schizofrenií na území hlavního města Prahy z pohledu veřejnosti a zda je veřejnost s pojmem schizofrenie obeznámena.

Pomocí dotazníkového průzkumu autorka zjišťovala pohled veřejnosti, a také ověřovala, zda se potvrdí stanovené předpoklady.

## **11 CÍL**

Předložená bakalářská práce je zaměřena na názory veřejnosti vůči lidem, kteří onemocněli schizofrenií.

Cílem průzkumné části bylo posoudit život lidí nemocných schizofrenií a zjistit, jaký je postoj veřejnosti vůči nim. Dále autorka chtěla zjistit, zda a jak je veřejnost s pojmem schizofrenie obeznámena. Průzkum byl zaměřen na širokou veřejnost, která má trvalé nebo přechodné bydliště na území hlavního města Prahy.

Autorka zjišťovala pohled veřejnosti pomocí dotazníkového průzkumu, kterým zároveň ověřovala, zda se potvrdí stanovené předpoklady.

### **11.1 Předpoklady**

Lze předpokládat, že minimálně 30% oslovené populace neví, co znamená pojem schizofrenie.

Lze předpokládat, že alespoň 70% respondentů se domnívá, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční.

Lze předpokládat, že respondenti, kteří lidmi se schizofrenií opovrhují, minimálně z 1/2 neznají příčiny vzniku onemocnění a nebo s člověkem se schizofrenií nikdy do styku nepřišli.

Lze předpokládat, že alespoň 60% oslovených ví, kde je možné získat informace o schizofrenii, ale minimálně 50% respondentů je nikdy nevyhledalo.

Lze předpokládat, že alespoň 60% respondentů hodnotí sociální postavení lidí se schizofrenií ve společnosti jako nepříznivé.

## 12 Popis průzkumné metody

Jako průzkumnou metodu zvolila autorka nestandardizovaný dotazník. V následující kapitole bude popsána struktura použitého dotazníku, a také pilotáž, kterou autorka pro ověření vhodnosti zvolené metody provedla.

*Podstatou dotazníku je uspořádaný soubor otázek, předkládaný písemně a předpokládající písemné odpovědi. Důležité je, aby každá otázka, ať přímo nebo nepřímo, souvisela se základním výzkumným nebo diagnostickým cílem. (Janoušek 1986, s. 114 – 115)*

Je nutné otázky formulovat tak, aby byly pro respondenta srozumitelné. *Pro konstrukci dotazníku je proto důležitý pilotáží předvýzkum, při němž se ověřuje, jak otázky plní cíle výzkumu a jak dotazník odpovídá profilu respondenta. Svědčí o vnitřní souvislosti různých forem dotazování, že tato pilotáž se provádí zpravidla rozhovorem. (Janoušek 1986, s. 116)*

Dobré stránky dotazníku znehodnocuje nesmírně nízká návratnost. Návratnost 50% je považována v mnoha průmyslových zemích za slušný úspěch. (Disman 1993, s. 141) Autorka návratnost vzhledem k distribuci dotazníků hodnotit nemůže. Využila pro distribuci tzv. metodu sněhové koule „snowball sampling“ (blíže vysvětleno v kapitole 13), tudíž nemá informaci, kolik dotazníků bylo ve skutečnosti rozesláno.

Dotazník, který byl v rámci kvantitativního průzkumu respondentům rozdáván, je uveden jako příloha č. 1.

Údaje v kvantitativním výzkumu mají číselnou podobu. *Výzkumník stojící před mnohorozměrností objektu zkoumání si uvědomuje nemožnost zachytit ji přesně ve všech jejích podobách. Vybírá proto jen některé z nich a ty potom pečlivě studuje. Jeho zjištění mohou být přesnější, ale často jim chybí kontext. (Ferjenčík 2000, s. 245)*

## Struktura dotazníku

Dotazník obsahuje 23 otevřených nebo uzavřených otázek. Pro účely potvrzení nebo vyvrácení předpokladů by stačilo otázek méně, ale autorka do dotazníku zahrnula také otázky informativní, které slouží pro upřesnění odpovědí respondentů. V dotazníku je zahrnuta také otázka, která nesouvisí se stanovenými předpoklady, ale autorka ji do dotazníku přidala jednak na základě pilotního průzkumu, ale také proto, aby respondenti měli příležitost sami navrhnout případná opatření pro zlepšení sociálního postavení lidí se schizofrenií ve společnosti.

Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy o duševní poruše jménem schizofrenie?

Touto otázkou chtěla autorka zjistit, zda je veřejnost obeznámena vůbec s existencí schizofrenie. V případě, že respondent v odpovědi uvede, že o této duševní poruše nikdy neslyšel, bude jeho dotazník z dalšího vyhodnocování vyřazen.

Otázka č. 2: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, zaškrtněte prosím, kde jste se s tímto pojmem setkal/a.

Tato otázka je pouze informativní. Cílem otázky bylo zjistit, které informační kanály jsou pro veřejnost nejběžnějším zdrojem zisku informací. Respondenti měli na výběr z několika možností (škola, média, zaměstnání a blízké okolí). Pokud by škála možností pro respondenta nebyla dostačující, mohl v dotazníku využít kolonku „jinde“ a následně v otevřené odpovědi uvést kde.

Otázka č. 3: Co si pod pojmem schizofrenie představujete? (stručně popište)

Ve společnosti se objevuje ohledně schizofrenie mnoho mýtů. Jmenujme například srovnávání schizofrenie s rozdělením osobnosti. Autorka touto otevřenou otázkou od respondentů zjišťovala, jaká je jejich představa o schizofrenii. Co se podle nich pod pojmem schizofrenie skrývá.

Otázka č. 4 Uveďte prosím, jaké jsou podle Vás možné příčiny onemocnění?

Autorka se domnívá, že celková neznalost informací o schizofrenii, příčiny nevyjímaje, může vést k následnému negativnímu postoji vůči lidem se

schizofrenií. Tato otevřená otázka měla zjistit, zda je veřejnost obeznámena s možnými příčinami vzniku onemocnění.

Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s člověkem, který onemocněl schizofrenií?

Tato uzavřená otázka zjišťuje osobní zkušenosti respondentů s někým, kdo schizofrenií onemocněl. Autorka předpokládá, že postoje veřejnosti mohou být ovlivněny osobním setkáním, což by mělo být patrné právě i z odpovědí v dotazníku.

Otázka č. 6: Jaké jsou podle Vás typické projevy této nemoci? (zaškrtněte prosím 5 odpovědí).

Tato otázka navazuje na otázku č. 3, kde autorka zjišťovala, co si respondenti představují pod pojmem schizofrenie. Otázka č. 6 nabízela respondentům škálu deseti možných odpovědí. Každý respondent měl zaškrtnout 5 odpovědí dle svého výběru. Autorka vypsala 5 ověřených projevů schizofrenie, které blíže popisuje v teoretické části. Zároveň do škály zahrnula 5 nepravdivých odpovědí, kdy se jedná přednostně o mýty, které ve společnosti panují (např. rozdvojení osobnosti, agrese, konfliktní chování, snížený intelekt, atd.). I zde bylo hlavním cílem zjistit, jaké je povědomí veřejnosti o schizofrenii, a zda je veřejnost dostatečně informována.

Otázka č. 7: Myslíte si, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční?

Tato otázka má formou uzavřené otázky potvrdit nebo vyvrátit předpoklad autorky, že alespoň 70% respondentů se domnívá, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční.

Otázka č. 8: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte prosím, proč tento názor máte?

Tato otázka je otevřená a navazuje na otázku č. 7. Jedná se opět o doplňující a informativní otázku. Záměrem jejího zahrnutí do dotazníku bylo, odhalit pohnutky, které respondenty vedou k předpokladu, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční. Zároveň je možné, že někdo z respondentů sice v předchozí otázce uvedl jako odpověď ano, ale ne z předpojatosti, nýbrž naopak z vlastních

zkušeností nebo i z jiných důvodů. Pro účely zpracování průzkumu je dle autorky důležité zjistit nejen názory respondentů, ale také důvod, proč tyto názory mají.

Otázka č. 9: Jaký myslíte, že ve společnosti převládá postoj k lidem se schizofrenií? (zaškrtněte dvě odpovědi)

Záměrem dotazníku bylo zjistit, jaký je postoj veřejnosti vůči lidem se schizofrenií. Touto otázkou autorka od respondentů získává informace o tom, které postoje dle jejich názoru ve společnosti převládají, aniž by musely hodnotit postoje vlastní. Autorka respondentům nabídla možnost vybrat z předem stanovené škály odpovědí, přičemž respondenti zároveň mohli v kolonce jiné vyplnit své vlastní názory na společnost.

Otázka č. 10: V případě, že jste se osobně setkal/a s někým, kdo měl schizofrenii, zamyslete se prosím nad tím, co ve Vás toto setkání vyvolalo? V případě, že žádnou podobnou zkušenost nemáte, zkuste si prosím představit, co by ve Vás setkání pravděpodobně vyvolat mohlo? U každé z následujících variant vyberte možnost, která odpovídá Vaším pocitům.

Autorka předpokládá, že respondenti, kteří lidmi se schizofrenií opovrhují, minimálně z 1/2 neznají příčiny vzniku onemocnění a nebo s člověkem se schizofrenií nikdy do styku nepřišli. Touto otázkou od respondentů zjišťuje jejich vlastní postoje vůči lidem se schizofrenií. Autorka respondentům předkládá několik pocitů, ke kterým se mají vyjádřit. Mezi pocity je mimo jiné i synonymum ke slovu opovržení. Tato otázka bude ještě podrobněji rozpracována v pilotním průzkumu.

Otázka č. 11: Máte představu, kde lze získat nějaké informace o tomto onemocnění?

Formou uzavřené otázky autorka od respondentů zjišťuje, zda mají představu, kde by si mohli sehnat informace o schizofrenii.

Otázka č. 12: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte prosím kde.

V tomto případě se opět jedná o doplňující a informativní otázku. Autorka s její pomocí zjišťuje povědomí respondentů o tom, kde je dle jejich názoru



možné získat informace o schizofrenii a jaké informační kanály by pravděpodobně využili.

Otázka č. 13: Vyhledal/a jste někdy tyto informace?

Tato otázka je zaměřena na zájem respondentů o duševní poruchu schizofrenie. Autorka zjišťuje, zda respondenti někdy v minulosti vyhledali nějaké informace o onemocnění, ať už z důvodu vlastního zájmu, studijních povinností nebo nutnosti.

Otázky č. 14 až č. 22 se týkají předpokladu, že alespoň 60% respondentů bude hodnotit sociální postavení lidí ve společnosti jako nepříznivé. Autorka pro vysvětlení pojmu nepříznivého sociálního postavení využila popis nepříznivé sociální situace ze Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Zákon mimo jiné stanoví, že do nepříznivé sociální situace se může člověk dostat i vlivem nepříznivého zdravotního stavu. Za přirozené sociální prostředí je považována *rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity*. (Zákon č. 108/2006, §3, písm. d) Jako sociální začleňování je pak považován proces, který zajišťuje, že sociálně vyloučení lidé budou mít příležitost nebo možnost, která jim napomůže zapojit se do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít takovým způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. (Zákon č. 108/2006, §3) Na základě výše popsaných skutečností v zákoně autorka vybrala 3 oblasti, kde se respondentů dotazuje na jejich názory související se sociálním postavením. Jedná se o oblast zaměstnání (zaměstnávání), bydlení a vtaů (partnerských, s rodinou).

Otázka č. 14: Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejné možnosti uplatnění ve společnosti jako zdraví lidé?

Autorka zjišťuje smýšlení respondentů ohledně možností uplatnění lidí se schizofrenií ve společnosti. Tato otázka není konkrétně zaměřena na některou z výše jmenovaných oblastí, ale autorka všeobecně zjišťuje, zda si respondenti myslí, že onemocnění schizofrenií může nemocného sociálně vylučovat ze společnosti.

Otázka č. 15: Mohou se lidé se schizofrenií podle Vás na trhu práce setkat s diskriminací?

Jedním z dalších mýtů, které se o schizofrenii tradují je, že lidé se schizofrenií nemohou pracovat. Autorka zde mapuje názor veřejnosti na to, zda může schizofrenie nemocného vyčlenit ze společnosti natolik, že bude při hledání zaměstnání znevýhodňován (diskriminován).

Otázka č. 16: Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají lepší, horší nebo stejné podmínky při hledání zaměstnání než zdraví lidé?

I tato otázka je vztažena k oblasti zaměstnávání. Autorka dává respondentům na výběr ze tří možností podmínek zaměstnávání lidí se schizofrenií. Pakliže někdo z respondentů uvede, že podmínky pro zaměstnání jsou lepší, může to znamenat, že schizofrenie vlastně nemocnému může usnadnit hledání práce, čímž by pak nemělo docházet k sociálnímu vylučování. Opakem je zaškrtnutí možnosti – horší podmínky – což by značilo, že schizofrenie k sociálnímu vylučování vede.

Otázka č. 17: Napadá Vás nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

Autorka nechává respondentům volné pole působnosti pro návrhy možných zaměstnání, které by mohli vykonávat lidé se schizofrenií.

Otázka č. 18: Jaké jsou podle Vás dvě nejčastější formy bydlení pro lidi se schizofrenií? Z nabídky vyberte dvě možnosti.

Respondentům je opět nabídnuta škála možných odpovědí, z nichž mají za úkol vybrat dvě, dle svého názoru nejčastější formy bydlení lidí s duševní poruchou schizofrenie. I v tomto případě je poslední možnost otevřená pro ty respondenty, pro které je nabídnutá škála nedostačující. Mnoho lidí si schizofrenii spojuje s psychiatrií a s psychiatrickou léčebnou, která je jednou z možností v nabídce.

Otázka č. 19: Představte si, že pronajímáte svůj byt a dozvíte se, že zájemce trpí schizofrenií. Uzavřel/a byste s ním podnájemní smlouvu?

Autorka dává prostor pro fantazii respondentů a dotazuje se na to, jak oni sami by se zachovali, pokud by měli například nemocnému pronajmout byt. Tato otázka je uvedena v dotazníku z toho důvodu, že je velmi jednoduché mluvit o druhých lidech a komentovat jejich chování, nicméně pokud se pak má člověk sám za sebe rozhodnout, mnohdy reaguje právě jako většina společnosti negativně.

Otázka č. 20: Dokáží lidé se schizofrenií udržet trvalý partnerský vztah?

Otázka vybízí k zamyšlení se nad tím, zda mohou lidé se schizofrenií vést partnerský život, jako zdraví lidé.

Otázka č. 21: Myslíte si, že nemoc nějak ovlivní vztahy v rodině? Pokud ano, popište prosím jak.

Je známou pravdou, že onemocnění v rodině, je vždy pro jednotlivé členy velmi náročné. Autorka předpokládá, že většina respondentů odpoví na tuto otázku ano. Důležitější je pro ni ovšem další část otázky, kdy se respondentů konkrétně dotazuje na to, jak by mohly být vztahy v rodině ovlivněny.

Otázka č. 22: Je podle Vás člověk se schizofrenií schopen postarat se o dítě a vychovávat ho?

Vzhledem k tomu, že media mohou velmi ovlivňovat názory veřejnosti, je tato otázka položena záměrně. Autorka se v nedávné době setkala v televizních novinách se spotem, kde bylo probíráno, jak sousedka, schizofrenička, usmrtila dítě. Mnoho respondentů samozřejmě vůbec tuto informaci nemuselo zaregistrovat, nicméně i tak budou odpovědi pro autorku cenným zdrojem informací o tom, jak je ve společnosti na lidi se schizofrenií nahlíženo.

Otázka č. 23: Napadají Vás nějaké možnosti, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit?

V tomto případě se opět jedná o doplňkovou otázku. Autorka se respondentů přímo dotazuje na jejich doporučení a nápady, jak by se dalo postavení lidí ve společnosti vylepšit. Zároveň předpokládá, že pokud někdo bude mít návrh na zlepšení, je i patrná vůle k tomu, aby byly přijaty jiné, méně stigmatizující názory na lidi s duševní poruchou.

## Pilotní průzkum

Aby autorka předešla tomu, že respondenti neporozumí kladeným otázkám, a aby se ujistila o vhodnosti použité metody, provedla nejprve pilotní průzkum.

Autorka požádala 5 na sobě nezávislých mužů a žen (3 muži a 2 ženy) o spolupráci. Těmto pěti respondentům byl rozdán zkušební dotazník a následně byly níže zmíněné otázky na základě diskuse upravovány dle potřeb respondentů. Výběr respondentů byl náhodný a jeho kritériem byla krom předem stanovených podmínek (věk a bydliště) ochota respondentů k následné diskusi.

Na základě diskuse s respondenty autorka upravila dotazník tak, aby byl více srozumitelný.

Popis úprav po diskusi s respondenty:

Otázka č. 4: Uveďte prosím, jaké jsou podle Vás možné příčiny onemocnění?

Otázka byla po diskusi s respondenty v dotazníku sice ponechána ve stejném znění, ale pod otevřenou část na odpověď byla přidána k zaškrtnutí možnost nevím. Během rozboru dotazníku totiž vyšlo najevo, že respondenti mají pocit, jako by byli zkoušeni a neznalost odpovědi je pro ně špatnou vizitkou. V momentě, kdy jsme se shodli, že lze přidat k zaškrtnutí položku nevím, již tuto otázku jako náročnou nevnímali. Naopak si byli schopni představit, že do otevřené odpovědi napíší i to, čím si nejsou zcela jisti, protože nabyli dojmu, že autorka předem neočekává všechny odpovědi správné.

Otázka č. 9: Jaký myslíte, že ve společnosti převládá postoj k lidem se schizofrenií? (zaškrtněte dvě odpovědi)

V nabídce odpovědí autorka respondentům předložila tuto škálu – snaha pomáhat, porozumění, opovržení a podceňování, obavy a strach, jiné (vlastní odpověď). Původně v dotazníku od respondentů požadovala, aby vybrali pouze jednu odpověď. Během diskuse respondenti se zaškrtnutím pouze jedné varianty nesouhlasili. Zdálo se jim, že uvedení jen jedné odpovědi není příliš vypovídající o skutečném postoji veřejnosti. Respondenti se shodli na označení dvou odpovědí, čemuž autorka následně dotazník přizpůsobila.

Otázka č. 10: V případě, že jste se osobně setkal/a s někým, kdo měl schizofrenii, zamyslete se prosím nad tím, co ve Vás toto setkání vyvolalo? V případě, že žádnou podobnou zkušenost nemáte, zkuste si prosím představit, co by ve Vás setkání pravděpodobně vyvolat mohlo? U každé z následujících variant vyberte možnost, která odpovídá Vaším pocitům.

Autorka měla v úmyslu zjistit, zda se u respondentů může objevit opovržení vůči lidem se schizofrenií. Nepovažovala ovšem za vhodné, dotazovat se respondentů pouze na pocit opovržení, proto přidala do nabídky ještě další pocity a postoje – porozumění, soucit, obavy a strach, tendence utéci. Respondenti měli u každé z těchto variant odpovědět, jestli se u nich tento pocit vyskytuje (případně může vyskytnout) nebo naopak. Během diskuse se všichni respondenti shodli na tom, že pocit opovržení je příliš negativním označením a ačkoliv by například tento pocit vnitřně cítili, nechtěli by ho v dotazníku uvádět. Autorka sice argumentovala tím, že dotazníky jsou anonymní, nicméně ani to respondenty nepřimělo změnit názor. Dále byli respondenti pro, aby byla do možností odpovědí na jednotlivé pocity přidána také varianta nevím, jelikož si sami nejsou někdy jisti, zda by se u nich výše jmenované pocity mohly objevit.

Autorka se s respondenty během diskuse dohodla na přidání odpovědi nevím ke každé z nabízených možností. Ačkoliv spolu s respondenty dlouze diskutovali, nenalezli vhodnou alternativu ke slovu opovržení. Vzhledem k časovým možnostem respondentů se dohodli tak, že autorka vybere vhodná synonyma, která následně zašle respondentům k okomentování e-mailem. Respondenti pak vyberou takové synonymum, které pro ně nebude představovat tak silně negativní pojmenování.

Na základě domluvy autorka zaslala respondentům následující alternativy ke slovu opovržení. Dle Slovníku českých synonym lze opovržení nahradit následovně – *pohrdání, přezírání, despekt, nevážnost, neúcta*. (Pala, Všianský 2001, s. 222) Autorka vyhledávala ještě další synonyma pomocí internetových stránek, ale ve velké míře se setkávala s totožnými výrazy. Jako další vhodné synonymum se autorce podařilo nalézt – *podceňování*. (Opovržení 2008)

Výše zmiňované výrazy respondenti okomentovali a jako vhodnou alternativu ke slovu opovržení vybrali pojem podceňování. Ačkoliv je i podceňování negativním označením, respondenti se shodují, že v tomto případě by jim nebylo tak nepříjemné pocit v dotazníku označit.

Otázka č. 17: Napadá Vás nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

Autorka se v dotazníku původně ptala takto: Dokáží si podle Vás lidé se schizofrenií udržet trvalý pracovní poměr? Po diskusi s konzultantem bakalářské práce a následně během pilotáže vyšlo najevo, že původně položená otázka nemá žádnou vypovídající hodnotu. Navíc pro respondenty bylo velmi nejasné spojení trvalý pracovní poměr. Nevěděli, jak dlouhou dobu si pod tím představit. Sami respondenti během diskuse začali debatovat o možných zaměstnáních pro lidi se schizofrenií, proto se jevilo jako vhodné původní otázku nahradit dotazem na konkrétní možnosti zaměstnání pro lidi se schizofrenií.

Otázka č. 22: Je podle Vás člověk se schizofrenií schopen postarat se o dítě a vychovávat ho?

Původní znění otázky – Souhlasíte s tím, aby si lidé se schizofrenií pořizovali děti? – se zdálo respondentům opět jako velmi negativní. Společnou diskusí došla autorka s respondenty ke shodě. Otázka č. 22 sice stále zjišťuje postoj veřejnosti na zakládání rodiny někoho, komu byla diagnostikována schizofrenie, ale již nevybízí k předpojatosti.

Otázka č. 23: Napadají Vás nějaké možnosti, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit?

Autorka původně sama zamýšlela podobnou otázku do průzkumu zařadit, ale vzhledem k délce dotazníku a počtu otevřených otázek od toho ustoupila. Během diskuse nicméně od respondentů zjišťovala jejich síly k případnému vyplnění další otázky, načež zjistila, že byt' dotazník obsahuje otevřených otázek hodně, nevidí důvod ještě jednu otázku nepřidat. Vzhledem k tomu, že samotné vyplňování dotazníku prý v respondentech vyvolávalo pocity, že je nutné, aby ve společnosti došlo k nějakým změnám postojů, nabídla jim autorka výše zmíněnou

otázku. Během diskuse se autorka s respondenty shodla na tom, že položením této otázky dostanou i budoucí respondenti možnost vyjádřit své názory to, jak si vlastně lidé se schizofrenií ve společnosti stojí.

### 13 Prostředí průzkumu a popis zkoumaného vzorku

Autorka si vymezila jako prostředí pro průzkum hlavní město Prahu. Respondentem se tedy mohl stát kdokoli starší 18ti let, kdo má trvalé nebo přechodné bydliště na území hlavního města Prahy a byl ochoten dotazník vyplnit.

Do této škály tedy spadali respondenti, kteří v hlavičce dotazníku uvedli, že mají trvalé nebo přechodné bydliště na Praze 1 – 22.

*Praha je významnou metropolí střední Evropy a hlavním městem České republiky. Tvoří politické, hospodářské, vědecko-výzkumné a kulturní centrum státu s bohatým historickým a kulturním dědictvím. V současné době je dynamickým milionovým velkoměstem rozkládajícím se téměř na 500 km<sup>2</sup> s významnými regionálními vazbami na středočeský region.*

*Porovnání Prahy s evropskými městy dává impulsy pro její další rozvoj. Předmětem zkoumání, která se provádějí na základě statistických dat, studií bank a firem z oboru poradenství, jsou ekonomická, environmentální a sociální oblasti, turistická přitažlivost, atraktivita pro investory a v poslední době je hodnoceno i „dobré jméno“ tedy brand města.*

*Praha se dělí na 57 městských částí, jejichž správní kompetence jsou stanoveny Statutem hl. m. Prahy a spolu s Magistrátem hlavního města zajišťují jak samosprávné, tak zákony určené funkce státní správy. Od 1. července 2001 je v platnosti nové rozdělení Prahy na 22 správních jednotek, jehož cílem je racionalizovat řízení a plánování rozvoje města.*

*V Praze žije přibližně 1 250 000 obyvatel včetně asi 150 000 cizinců. Spolu s početnou skupinou návštěvníků se v běžném dni ve městě pohybuje kolem 1 500 000 osob. Počet obyvatel v Praze dlouhodobě roste (mezi lety 2001 a 2009 o více než 88 000), a to zejména vlivem migrace, jejímž dosavadním vrcholem byly roky 2007 a 2008, kdy saldo migrace dosáhlo 23 000 a 19 000. (Útvar rozvoje hlavního města Prahy 2010)*



Autorka pro distribuci dotazníků využila tzv. metodu sněhové koule „snowball sampling“, jejíž výhodou je účelové nabalování dalších respondentů pomocí kontaktů respondentů předchozích. Tuto metodu lze také nazývat lavinový výběr. (Kohoutek 2005 – 2006)

Vzhledem k popisu výše autorka tedy využila své e-mailové kontakty, kde si byla jista, že respondent spadá do požadovaného vzorku. Respondenty, kterým autorka dotazník e-mailem zasílala, požádala o další distribuci a informovala je o požadované věkové hranici a zaměření průzkumu na Prahu. Zároveň je požádala o to, aby dotazník nezasílali sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách, kteří pracují s lidmi s duševní poruchou schizofrenie, aby měla možnost získat co nejvíce různorodých dat.

Předpokládaný počet respondentů byl 100. Autorka v názvu bakalářské práce avizuje, že průzkum bude pohledem veřejnosti, proto je nutné blíže pojem veřejnost specifikovat.

Pojem veřejnost prošel složitým historickým vývojem. Pokud to zjednodušíme, tak se z původního významu veřejnosti, kdy byla brána jako společenská elita složená ze svobodných, vzdělaných a angažovaných občanů, transformuje do konceptu pluralitních veřejností, které jsou v mnohých případech synonymem pro veškeré obyvatelstvo. (SOCIOweb 2006)

Autorka je samozřejmě toho názoru, že vzhledem k počtu obyvatel v Praze nemůže 100 respondentů vyjádřit přesné postoje veřejnosti. Pro účely bakalářské práce a vzhledem k možnostem autorky je však tento vzorek dostačující.

V tabulce 1 jsou uvedeny informace o věkovém složení respondentů, pohlaví a bydlišti.

<b>Tabulka 1</b> <b>Popis průzkumného vzorku</b>			
<b>Pohlaví</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
Žena	57	57	57
Muž	43	43	100
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
<b>Věkové zastoupení</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
18 – 26 let	27	27	27
27 – 39 let	36	36	63
39 – 50 let	17	17	80
51 – 64 let	14	14	94
65 let a výše	6	6	100
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
<b>Bydliště</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
Praha 1	8	8	8
Praha 2	4	4	12
Praha 3	9	9	21
Praha 4	16	16	37
Praha 5	8	8	45
Praha 6	6	6	51
Praha 8	19	19	70
Praha 9	7	7	77
Praha 11	8	8	85
Praha 14	5	5	90
Praha 15	7	7	97
Praha 22	3	3	100
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

## **14 Získaná data a jejich interpretace**

V této části bude autorka po jednotlivých otázkách prezentovat a dále detailněji interpretovat data z průzkumu.

Celkový počet respondentů byl 100.

### **14.1 Průběh průzkumu**

Ve dnech od 20. 2. 2012 do 22. 2. 2012 prováděla autorka pilotní průzkum, na jehož základě následně upravovala dotazník.

Další průzkum se uskutečnil v období od 23. 2. 2012 do 23. 3. 2012, přičemž pro distribuci dotazníků využila autorka e-mail. Autorka sběr dat definitivně uzavřela 27. 3. 2012.

Všichni respondenti byli v úvodu dotazníku informováni o účelu dotazníku, o jeho dobrovolnosti a anonymitě.

Vzhledem k formě distribuce dotazníků nelze určit přesnou návratnost, jelikož autorka nemá informace o počtu dalších rozeslaných e-mailů. K autorce se navracely dotazníky jednak e-mailovou formou nebo vytištěné, či ručně vyplněné.

Ke dni 23. 3. 2012 se u autorky sešlo 89 vyplněných dotazníků. Stav příchozích, vyplněných dotazníků se nezvyšoval od 11. 3. 2012. Z tohoto důvodu autorka prodloužila dobu pro sběr dat do 27. 3. 2012, přičemž posledních 11 respondentů byli náhodně oslovení lidé na Praze 8 a Praze 4. Tímto způsobem autorka získávala data ve dnech do 23. 3. 2012 do 27. 3. 2012. Během vyplňování těchto dotazníků se nesetkala s odmítnutím.

Po shromáždění 100 vyplněných dotazníků provedla autorka jejich zpracování a vyhodnocení. Následující část bakalářské práce obsahuje výsledky z průzkumu.

## 14.2 Výsledky průzkumu

### Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy o duševní poruše jménem schizofrenie?

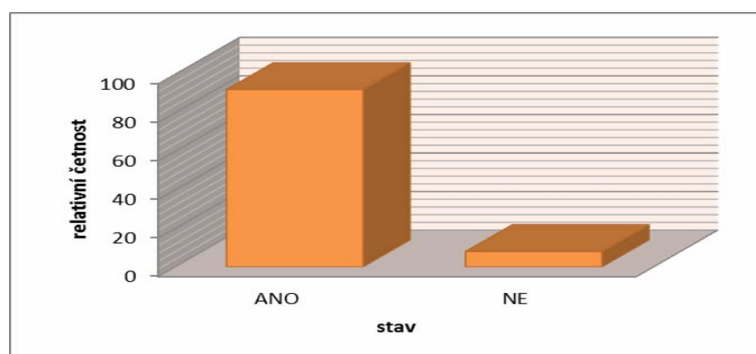
Autorka touto otázkou zjišťovala, jaké je mezi respondenty povědomí o existenci onemocnění. Tabulka 2 názorně ukazuje výsledky průzkumu.

Tabulka 2 – otázka č. 1				
Slyšel/a jste někdy o duševní poruše jménem schizofrenie?				
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost [%]
ANO	92	92	92	92
NE	8	8	100	100
Celkem	100	100		

Na základě výsledů z dotazníku autorka zjistila, že 92% respondentů se v minulosti setkalo s pojmem schizofrenie. Ze sta respondentů o schizofrenii nikdy neslyšelo 8% dotazovaných.

Vzhledem k tomu, že právě zmíněných 8% respondentů o schizofrenii nikdy neslyšelo, nemohou být jejich dotazníky dále do vyhodnocování započítávány. Pro další účely vyhodnocování je počítáno s pouze 92 respondenty, které autorka od této chvíle bude považovat za 100%.

Poměr respondentů, kteří o schizofrenii v minulosti slyšeli a respondentů, kteří se s tímto onemocněním nikdy neselekali, znázorňuje graf 1.



Graf 1 – otázka č. 1: Povědomí respondentů o existenci schizofrenie

**Otázka č. 2: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, zaškrtněte prosím, kde jste se s tímto pojmem setkal/a.**

V předchozí otázce autorka od respondentů zjišťovala, zda se někdy setkali s pojmem schizofrenie. Pokud odpověděli na první otázku ano, požádala autorka respondenty o uvedení informačního kanálu, kde se s pojmem schizofrenie seznámili. Nejednalo se o otázku, která by měla potvrdit nebo vyvrátit nějaký předpoklad, ale o doplňující otázku. Následující tabulka č. 3 blíže specifikuje odpovědi respondentů. Vzhledem k tomu, že otázka obsahovala jak předem nabízené možnosti odpovědí, tak možnost jiné, kde autorka předpokládala doplnění odpovědi od respondenta, budou v tabulce 3 odpovědi jiné již konkrétně rozepsány.

<b>Tabulka 3 – otázka č. 2</b> <b>Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, zaškrtněte prosím, kde jste se s tímto pojmem setkal/a?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
Škola	9	10	9
Média	69	75	78
Zaměstnání	3	3	81
Blízké okolí	6	7	87
Jinde - Mezi ploty	3	3	90
Jinde - syn	1	1	91
Jinde - neuvedena odpověď	1	1	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Z průzkumu vyplývá, že 75% respondentů získalo povědomí o schizofrenii z médií. Pouze 9% respondentů uvedlo, že informace o schizofrenii získali v rámci vzdělávání ve škole. Oproti výše zmíněným procentům u médií se jedná o velmi vysoký rozdíl.

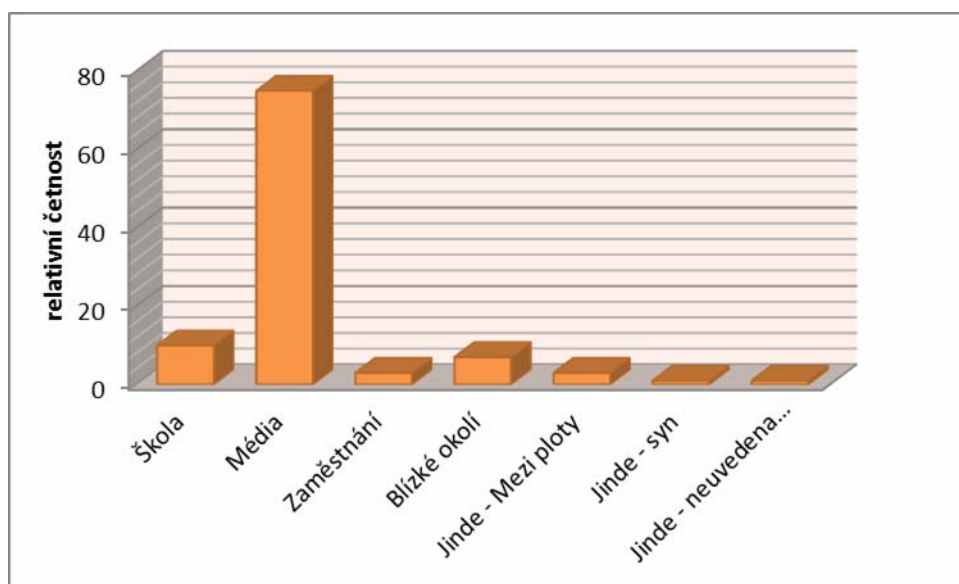
Zajímavým údajem jsou i zkušenosti z blízkého okolí a tzv. jinde. Respondenti uváděli v 7% zkušenosti se schizofrenií právě v blízkém okolí.

K tomuto údaji by bylo možné připočítat i jednoprocentní odpověď jedné respondentky, která v dotazníku uvedla, že se se schizofrenií setkala u svého syna. Jako velmi přínosné vnímá autorka i fakt, že se mezi respondenty našli 3% těch, kteří se zúčastnili (možná pravidelně účastní) festivalu Mezi ploty, jehož hlavním smyslem je, že se koná v psychiatrických léčebnách.

V odpovědích se objevily také 3% respondentů, kteří se se schizofrenií setkali v zaměstnání. Vzhledem k tomu, že autorka nezjišťovala v dotazníku profese respondentů, nelze dohledat, jestli se zmínění respondenti setkali s duševní poruchou schizofrenie u někoho z kolegů, nebo se například pohybují v profesi, kde se schizofreniky pracují.

V závěru této otázky je nutné podotknout, že se v odpovědích respondentů objevilo velké procento těch, které se schizofrenií seznámila média. Je otázkou, do jaké míry by právě media mohla měnit a ovlivňovat názorové postoje veřejnosti.

Pro větší přehlednost jsou data z otázky č. 2 zpracována v následujícím grafu 2.



**Graf 2 – otázka č. 2: Zdroje informací o schizofrenii**

### **Otázka č. 3: Co si pod pojmem schizofrenie představujete? (stručně popište)**

V předchozí otázce autorka od respondentů získala informaci o tom, kde se dozvěděli o existenci duševní poruchy schizofrenie. Otázka č. 3 je zaměřena na vědomosti respondentů a na to, jaké informace o schizofrenii vlastně vědí. Vzhledem k tomu, že se jednalo o otevřenou otázku, bylo při vyhodnocování nutné nastavit jakési pomyslné škatulky, do kterých se odpovědi započítají. Některé odpovědi se nicméně ukazují natolik specifické, že škatulku pro ně vytvořit nelze a autorka je v následujícím výčtu odpovědí uvádí jednotlivě. Dalším důležitým aspektem pro vyhodnocení této otázky bylo, že někteří respondenti odpověděli jedním slovem, ale jiní uvedli víceslovnou odpověď, čímž musela být jejich odpověď zohledněna ve více stanovených kategoriích. Celkový počet odpovědí tedy nemůže souhlasit s počtem respondentů. Z původního počtu 92 respondentů autorka vychází pouze u jedné odpovědi – nevím, proškrtnuto – jelikož pokud by ji zahrnula do celkového součtu, zanikla by její reálná hodnota. Výčet odpovědí obsahuje tabulka 4 na následující straně.

Jak již bylo zmíněno výše, v rámci odpovědí se často objevovalo nevím. Odpověď nevím tvořila 39% všech dotazníků.

Pokud již ale respondenti odpovídali, tak většinou více slovy. Průměrný počet odpovědí na jednoho respondenta jsou 3.

Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo, že schizofrenie je duševní porucha. Je ke zvážení, zda respondenti nevycházeli z hlavičky dotazníku nebo z první otázky dotazníku, kde autorka u pojmu schizofrenie vždy přívěsk duševní porucha dodávala.

Z 56 odpovídajících respondentů jich 29 uvedlo, že schizofrenie je totéž jako rozdvojení osobnosti. V přepočtu na procenta se jedná o 51% respondentů, kteří se rozhodli na otázku odpovědět. Autorce se v tomto smyslu opět potvrzují mýty o schizofrenii, které uváděla v teoretické části.

Procentuelní rozdíly u dalších odpovědí nejsou tak markantní. Tabulka č. 4 kromě výše jmenovaných odpovědí zahrnuje i další pohledy respondentů na

schizofrenii – Psychiatrie a léčebna (11%), povídání si pro sebe (10%), blázen a blázelec (9%), hlasy (8%), halucinace a bludy (8%), paranoia (7%) a nebezpečný člověk (5%). Je s podivem, že 8 lidí z 56 si pod pojmem schizofrenie rovnou představuje nebezpečného člověka.

Dále již následovaly odpovědi, které měly maximálně jedno až dvouprocentní zastoupení – následek drog, nepředvídatelnost, nemoc, která ovlivňuje myšlení, zmatenost a já. U poslední jmenované odpovědi se autorka může pouze domýšlet, zda má jeden z respondentů opravdu diagnostikovanou schizofrenii.

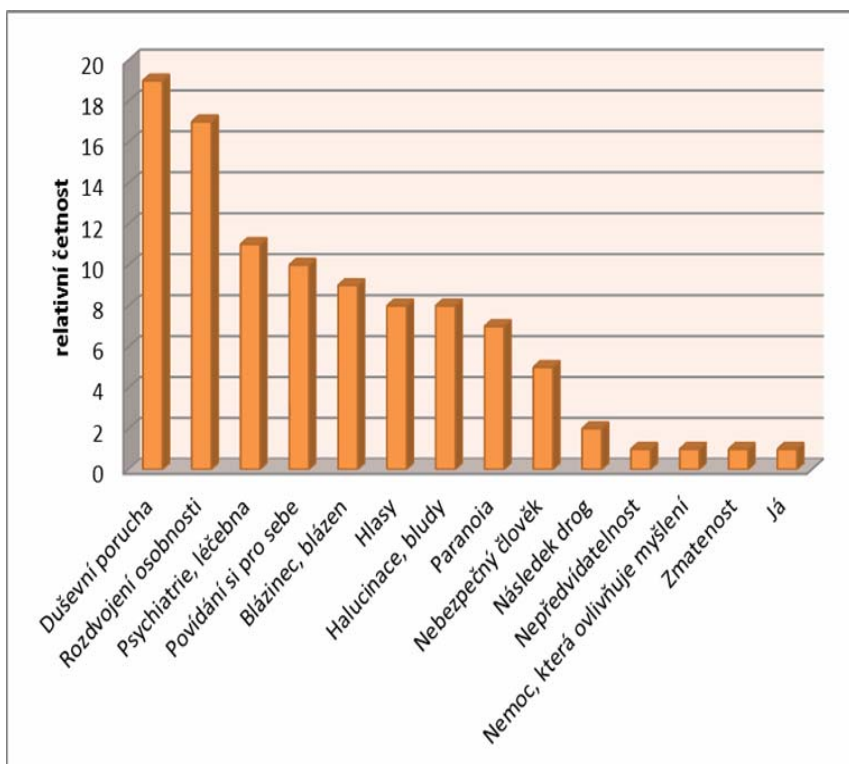
<b>Tabulka 4 – otázka č. 3</b> <b>Co si pod pojmem schizofrenie představujete? (stručně popište)</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
Nevím, proškrtnuto	36	39	36
Uvedli odpověď	56	61	92
<b><u>CELKEM</u></b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
Duševní porucha	32	19	32
Rozdvojení osobnosti	29	17	61
Psychiatrie, léčebna	18	11	79
Povídání si pro sebe	17	10	96
Blázelec, blázen	15	9	111
Hlasy	14	8	125
Halucinace, bludy	14	8	139
Paranoia	13	7	152
Nebezpečný člověk	8	5	160
Následek drog	3	2	163
Nepředvídatelnost	2	1	165
Nemoc, která ovlivňuje myšlení	1	1	166
Zmatenost	1	1	167
Já	1	1	168
<b>Celkem</b>	<b>168</b>	<b>100</b>	



Pod pojmem schizofrenie si respondenti představovali odlišné věci. Škála odpovědí se ukázala být opravdu široká. Někdo si představuje onemocnění, někdo již přímo instituce a jiní respondenti si zase představují vlastnosti.

Jako zásadní závěr této otázky autorka vnímá procentuelní zastoupení těch respondentů, kteří na otázku nedokázali nebo nechtěli odpovědět a také zastoupení těch, kteří si pod pojmem schizofrenie představují rozdvojení osobnosti. Zároveň z odpovědí vyplývá (vzhledem k respondenty používané terminologii – viz hlasy, halucinace, paranoia, ...), že přes existenci mýtů určité povědomí o schizofrenii ve společnosti panuje.

Poměry jednotlivých odpovědí názorně ukazuje následující graf 3. Do grafu nejsou započtení respondenti, kteří žádnou odpověď neuvedli.



**Graf 3 – otázka č. 3: Vysvětlení pojmu schizofrenie**

**Otázka č. 4 Uved'te prosím, jaké jsou podle Vás možné příčiny onemocnění?**

Otázka č. 4 byla otevřená, ale zároveň měli respondenti možnost pouze zatrhnu nevím. Takto to učinilo 64 respondentů, což je 70% všech dotázaných.

Stejně jako v předešlé otázce uvedli někteří respondenti více odpovědí, proto autorka opět vymezila škatulky, do kterých odpovědi zahrnula. Tabulka 5 odpovědi respondentů shrnuje. Někteří respondenti opět uvedli více než jednu odpověď, proto jsou jejich odpovědi započítány ve více škatulkách. V tomto případě vychází na každého respondenta 1,5 odpovědí.

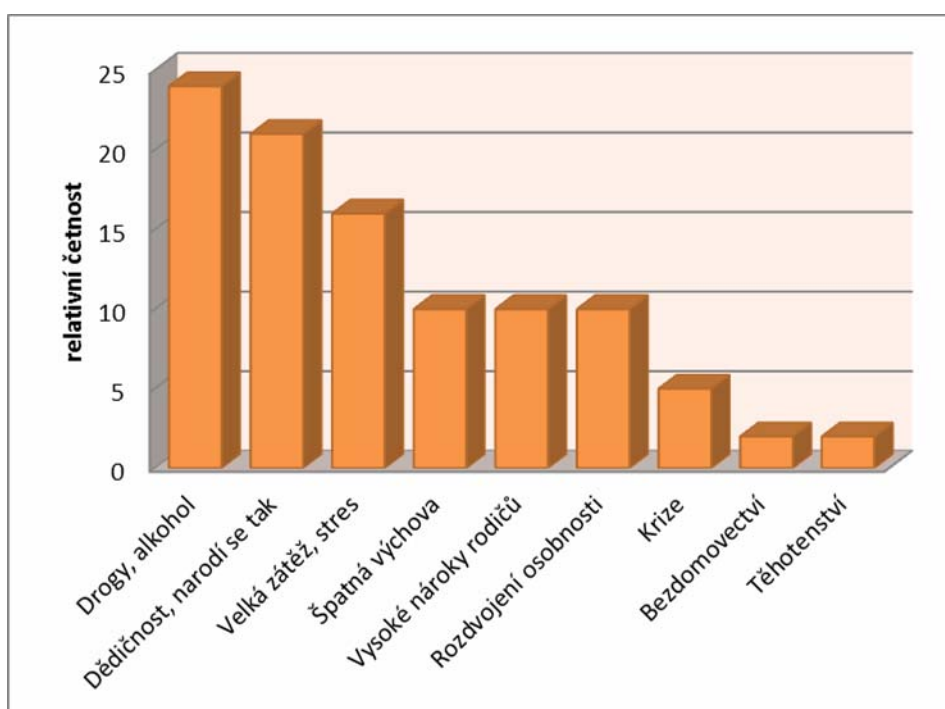
<b>Tabulka 5 – otázka č. 4</b>			
<b>Uved'te prosím, jaké jsou podle Vás možné příčiny onemocnění?</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
Nevím	64	70	64
Uvedli odpověď	28	30	92
<b><u>CELKEM</u></b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
Drogy, alkohol	10	24	10
Dědičnost, narodí se tak	9	21	19
Velká zátěž, stres	7	16	26
Špatná výchova	4	10	30
Vysoké nároky rodičů	4	10	34
Rozdvojení osobnosti	4	10	38
Krize	2	5	40
Bezdomovectví	1	2	41
Těhotenství	1	2	42
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	

Nejčastěji uváděnou příčinou schizofrenie byly drogy a alkohol (24%). Respondenti se ve velké míře také domnívají, že schizofrenie je dědičnou záležitostí (21%).

Velká zátěž a stres byly další zmiňovanou příčinou (16%). Do této kategorie lze v podstatě přiřadit i zmiňovanou krizi, která měla mezi respondenty 5 % zastoupení. Autorka stres a krizi rozdělila na dvě oblasti proto, že krizi považovala za obecnější odpověď.

Dále byly v dotazníku z 10% zastoupeny také špatná výchova a vysoké nároky rodičů. Dva respondenti také uvedli, že příčinou schizofrenie jsou těhotenství a bezdomovectví.

Odpovědi respondentů shrnuje graf 4.



**Graf 4 – otázka č. 4: Příčiny schizofrenie**

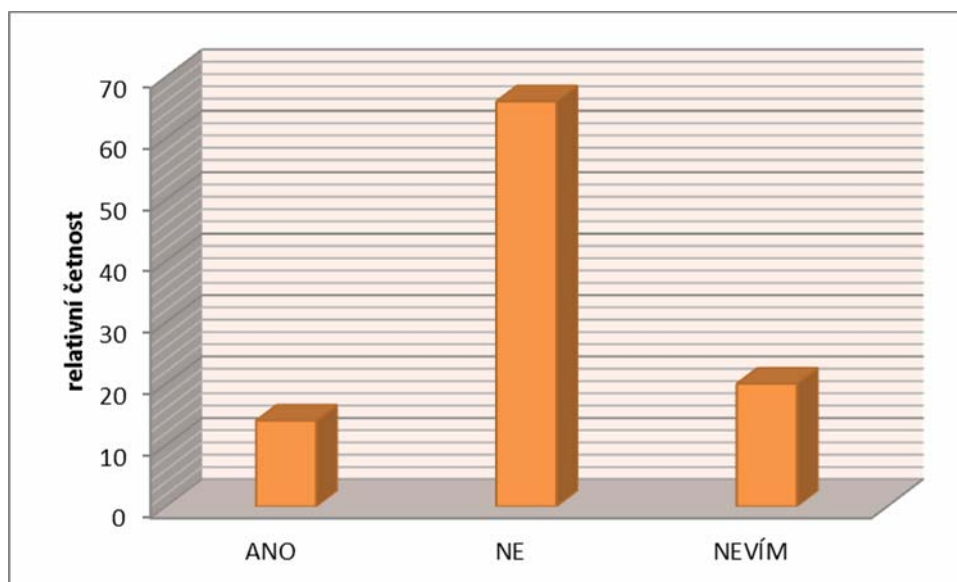
**Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s člověkem, který onemocněl schizofrenií?**

Respondenti se měli vyjádřit k tomu, zda se někdy v minulosti setkali s člověkem, který onemocněl schizofrenií. Na otázku bylo možno odpovědět pouze ano, ne a nevím. Následující tabulka 6 (na následující straně) blíže seznamuje se sesbíranými daty.

<b>Tabulka 6 – otázka č. 5</b> <b>Setkal/a jste se někdy s člověkem, který onemocněl schizofrenií?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
ANO	13	14	13
NE	61	66	74
NEVÍM	18	20	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Se schizofrenikem se z respondentů setkalo pouze 14%. Naopak 66% respondentů uvedlo, že se nikým, kdo měl schizofrenii nepotkalo.

Překvapivý je počet odpovědí nevím, který zahrnuje 20% respondentů. Zajímavým údajem by mohlo být zjištění, zda respondent odpověděl nevím, protože opravdu nevěděl jak reagovat, nebo zda odpověděl nevím, protože si není jist, zda někoho se schizofrenií opravdu nepotkal, ale nedokázal poznat, že se o schizofrenii jedná. Údaje z otázky č. 5 jsou shrnuty v následujícím grafu 5.



**Graf 5 – otázka č. 5: Osobní setkání se schizofrenikem**

**Otázka č. 6: Jaké jsou podle Vás typické projevy této nemoci? (zaškrtněte prosím 5 odpovědí).**

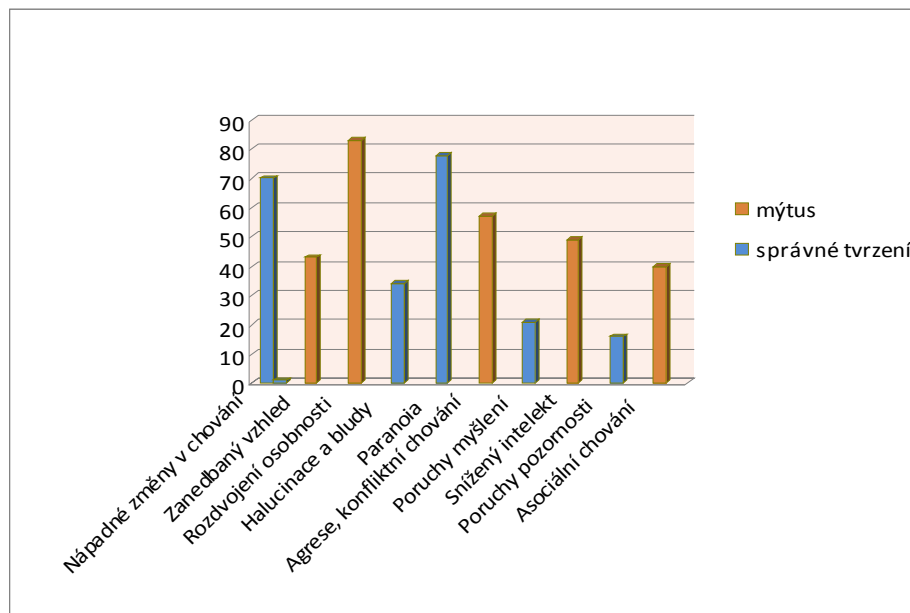
Autorka do dotazníku vypsala 10 tvrzení, ze kterých měl každý respondent vybrat 5 těch, které jsou podle něho odpovídající typickým projevům nemoci. V dotazníku bylo uvedeno 5 mýtů a 5 prokázaných projevů nemoci. Vzhledem k tomu, že každý respondent mohl odpovědět vícekrát, nemůže v této otázce být celkový součet odpovědí 92. Zadání nedodrželi všichni respondenti, proto v některých dotaznících bylo zaškrtnuto projevů méně než 5.

Aby byl zjištěn skutečný pohled veřejnosti, budou výsledky vyhodnoceny jednak z celkového počtu odpovědí a dále bude každá odpověď procentuelně porovnána s celkovým počtem respondentů. Jednotlivé odpovědi obsahuje tabulka 7.

<b>Tabulka 7 – otázka č. 6</b> <b>Jaké jsou podle Vás typické projevy této nemoci? (zaškrtněte prosím 5 odpovědí)</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Procentuelní vyjádření ze základu 92 respondentů [%]
Nápadné změny v chování	64	14	70
Zanedbaný vzhled	40	9	43
Rozdvojení osobnosti	76	17	83
Halucinace a bludy	31	7	34
Paranoia	72	16	78
Agrese, konfliktní chování	52	12	57
Poruchy myšlení	19	4	21
Snížený intelekt	45	10	49
Poruchy pozornosti	15	3	16
Asociální chování	37	8	40
<b>Celkem</b>	<b>451</b>	<b>100</b>	

Nejvíce respondentů je toho názoru, že typickým projevem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Opět se potvrzuje již zmiňovaný mýtus.

Rozdíly v uvedení správných a špatných odpovědí ukazuje graf 6.



**Graf 6 – otázka č. 6: Projevy schizofrenie**

V grafu jsou výrazně patrné rozdíly mezi správnými tvrzeními a tzv. mýty. Téměř všechny mylné odpovědi měly v dotazníku v dotazníku větší zastoupení, než pravdivá tvrzení.

Z pravdivých tvrzení je nutné zmínit nápadné změny v chování, které byly respondenty uvedeny v 70ti procentech a paranoia, kterou uvedlo 78% respondentů. Všechna ostatní pravdivá tvrzení byla mezi odpověďmi uvedena méněkrát, než mylná tvrzení.

U mýtů mezi odpověďmi výrazně vyčnívá již zmíněné rozdvojení osobnosti (83%) a dále agrese a konfliktní chování, které uvedlo 57% respondentů. 49% respondentů se také domnívá, že lidé se schizofrenií mají snížený intelekt.

### Otázka č. 7: Myslíte si, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční?

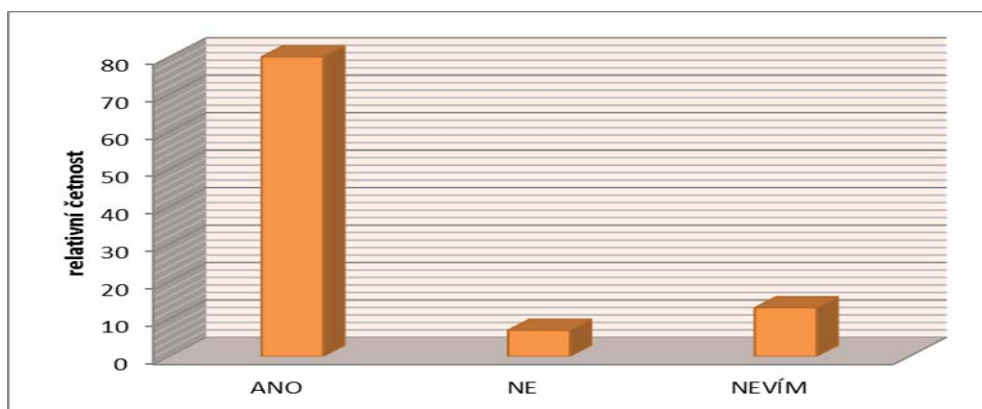
Respondenti se v otázce měli vyjádřit k tomu, zda lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční. Odpovědi shrnuje tabulka 8.

<b>Tabulka 8 – otázka č. 7</b> <b>Myslíte si, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční?</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
<b>ANO</b>	74	80	74
<b>NE</b>	6	7	80
<b>NEVÍM</b>	12	13	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Respondenti se z 80% shodli, že lidé se schizofrenií nebezpeční být mohou. Pouze 7% respondentů bylo toho názoru, že ze strany schizofrenika rizika nehrozí. 13% respondentů si nebylo jisto a zvolilo variantu nevím.

Je evidentní, že většina dotazovaných by se při setkání se schizofrenikem necítila bezpečně. O tom vypovídá také samotný fakt, že 5 respondentů, kteří v otázce č. 5 odpověděli kladně (setkali se s člověkem se schizofrenií) taktéž uvedlo, že schizofrenici nebezpeční být mohou.

Odpovědi na tuto otázku shrnuje i následující graf 7.



**Graf 7 – otázka 7: Mohou být schizofrenici nebezpeční?**

**Otázka č. 8: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte prosím, proč tento názor máte?**

Tato otázka plynule navazovala na otázku č. 7. Autorka od respondentů zjišťovala, jak se utvořil jejich názor, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční. Počet respondentů pro tuto otázku byl 74.

Většina respondentů otázku nezodpověděla (58%), nicméně další získané odpovědi mají jistě svou vypovídající hodnotu. Údaje od respondentů shrnuje tabulka 9.

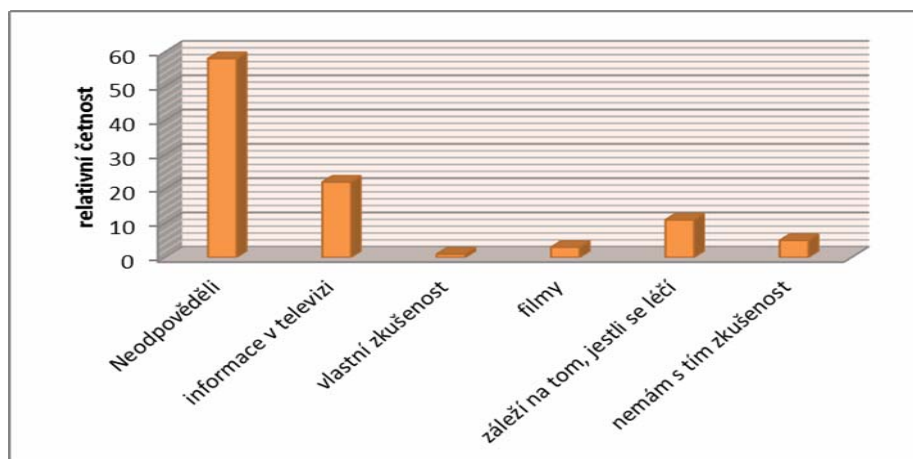
<b>Tabulka 9 – otázka č. 8</b> <b>Proč myslíte, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
Neuvedena odpověď	43	58	43
Informace v televizi	16	22	59
Vlastní zkušenosti	1	1	60
Film	2	3	62
Záležít na léčbě	8	11	70
Nemám s tím zkušenost	4	5	74
<b>Celkem</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	

Odpovědi respondentů opět ukázaly, že výraznou roli při formování názorů respondentů hraje televize a všeobecně média.

Názor jednoho respondenta zase naopak ovlivnily vlastní zkušenosti. Jako velmi výrazný ukazatel autorka hodnotí 11% respondentů, kteří v chování lidí s duševní poruchou zohledňují správnou léčbu.

Pro názornost zobrazuje údaje otázky č. 8 také graf 8.





**Graf 8 – otázka č. 8: Důvody, proč respondenti považují schizofreniky za nebezpečné**

**Otázka č. 9: Jaký myslíte, že ve společnosti převládá postoj k lidem se schizofrenií? (zaškrtněte dvě odpovědi)**

Autorky záměrem bylo zjistit, jaký je postoj respondentů vůči veřejnosti (následující otázka č. 10). Jako zajímavý údaj se autorce nicméně jeví i to, jak respondenti sami hodnotí veřejnost a její postoje. V této otázce tedy nabídla respondentům vybrat z nabídky možných postojů veřejnosti s tím, že pokud by škála nestačila, mohli respondenti využít volnou odpověď jiné. Respondenti měli uvést vždy dvě odpovědi, proto celkový součet odpovědí bude vyšší. Zároveň autorka při vyhodnocování odpovědí vždy přihlédla i porovnání vůči počtu respondentů. Počty jsou uvedeny v tabulce 10 na následující straně.

Z odpovědí respondentů naprosto jasně vyplývá, že 96% z nich považuje za stěžejní postoj veřejnosti vůči lidem se schizofrenií opovržení. Hned na druhé místo se řadí obavy a strach (86%).

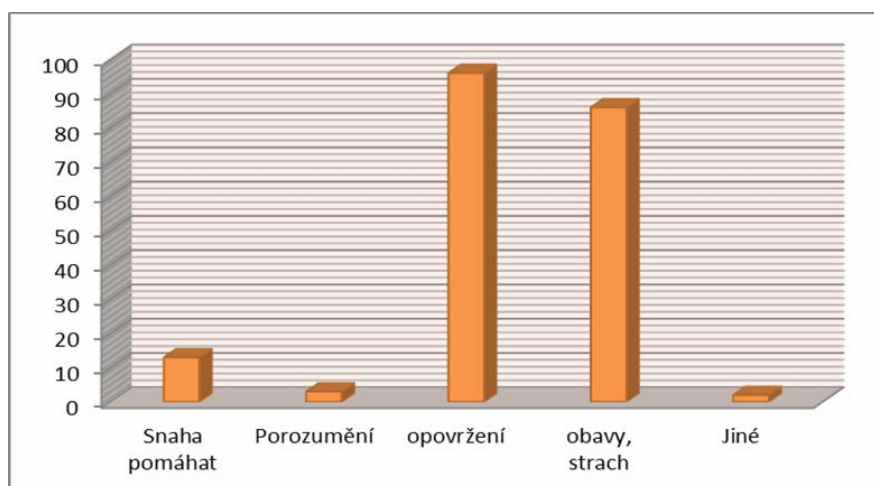
Porozumění a snaha pomáhat v tuto chvíli dle respondentů nejsou ve společnosti na prvním místě. Naopak. Porozumění získalo pouze 3 respondenty (3%) a snaha pomáhat pouze 12 respondentů (13%).

Odpovědi jiné v podstatě mohou doložit předchozí odpovědi respondentů. Jeden respondent je toho názoru, že společnost není nastavena na vzájemnou

pomoc, druhý je zase toho názoru, že společnost vlastně neví, jak se vůči lidem se schizofrenií postavit.

<b>Tabulka 10 – otázka č. 9</b> <b>Jaký myslíte, že ve společnosti převládá postoj k lidem se schizofrenií?</b> <b>(zaškrtněte dvě odpovědi)</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Procentuální vyjádření ze základu 92 respondentů [%]
Snaha pomáhat	12	6	13
Porozumění	3	2	3
Opovržení	88	48	96
Obavy, strach	79	42	86
Jiné – neví jak se k nim postavit	1	1	1
Jiné – na vzájemnou pomoc společnost není nastavena	1	1	1
<b>Celkem</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	

Poměr jednotlivých odpovědí názorně ukazuje také graf 9.



**Graf 9 – otázka 9: Postoje veřejnosti vůči schizofrenikům**

**Otázka č. 10: V případě, že jste se osobně setkal/a s někým, kdo měl schizofrenii, zamyslete se prosím nad tím, co ve Vás toto setkání vyvolalo? V případě, že žádnou podobnou zkušenost nemáte, zkuste si prosím představit, co by ve Vás setkání pravděpodobně vyvolat mohlo? U každé z následujících variant vyberte možnost, která odpovídá Vaším pocitům.**

V této otázce autorka respondentům předložila podobné možnosti, jako v otázce předešlé, s tím rozdílem, že tentokrát má každý respondent odpovědět sám za sebe.

Základním průzkumným cílem bylo odhalit počet respondentů, kteří lidmi se schizofrenií opovrhují. Pojem opovrhují, byl pro účely dotazování nahrazen slovem podceňování. Autorka zjistila, že podceňování (resp. opovržení) cítí vůči schizofrenikům 21% respondentů. 68% respondentů na tuto otázku odpovědělo nevím. Je ke zvážení, zda opravdu neví, co cítí, nebo je jim nepříjemné se negativně hodnotit.

Velmi zajímavé hodnoty autorka získala u vyhodnocování strachu a obav. Pouze 2% respondentů uvedli, že nepocítují strach. Naopak 98% respondentů strach a obavy pocítuje. Nabízí se otázka, z čeho tyto jejich obavy vyplývají?

Porozumění (47%) a soucit (55%) měli počet kladných odpovědí podobný. Zarážející je ale negativní složka u porozumění, která zahrnuje 26% respondentů. Autorka se domnívá, že se jedná o příliš vysoké číslo. Stejně tak soucit by nemělo nebo nemá 11% respondentů.

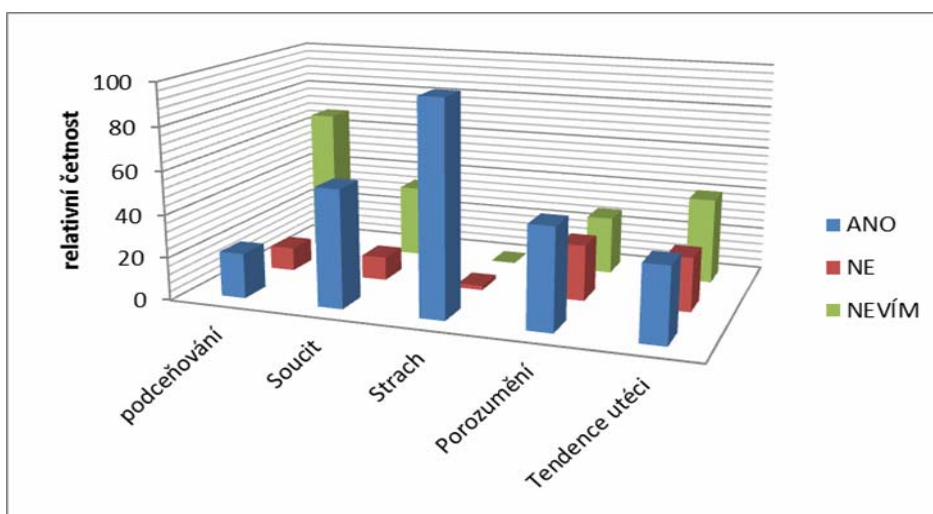
35% respondentů také uvádí, že by při setkání s nemocným mělo tendence k útěku. Během odpovědí na kladené otázky byla patrná vysoká nejistota respondentů, jelikož procentuální zastoupení odpovědi nevím u jednotlivých pocitů bylo velmi vysoké. Pouze u položky strach a obavy si byli respondenti odpověďmi zřejmě jisti, jelikož nevím neuvedl nikdo.

Celkově je nutné konstatovat nepoměr při hodnocení vlastních postojů a při hodnocení veřejnosti. Čím jsou tyto zásadní rozdíly způsobeny by mělo být otázkou do diskuse.

Výsledky dotazování blíže ukazuje tabulka 11.

<b>Tabulka 11 – otázka č. 10</b> <b>Jaké jsou postoje respondentů vůči lidem se schizofrenií?</b>			
<b>Porozumění</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO	43	47	43
NE	24	26	67
NEVÍM	25	27	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
<b>Soucit</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO	51	55	51
NE	10	11	61
NEVÍM	31	34	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
<b>Obavy, strach</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO	90	98	90
NE	2	2	92
NEVÍM	0	0	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
<b>Podceňování</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO	19	21	19
NE	10	11	29
NEVÍM	63	68	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
<b>Tendence utéci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO	32	35	32
NE	23	25	55
NEVÍM	37	40	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Data jsou porovnána také v grafu 10.



**Graf 10 – otázka 10: Postoje respondentů vůči lidem se schizofrenií**

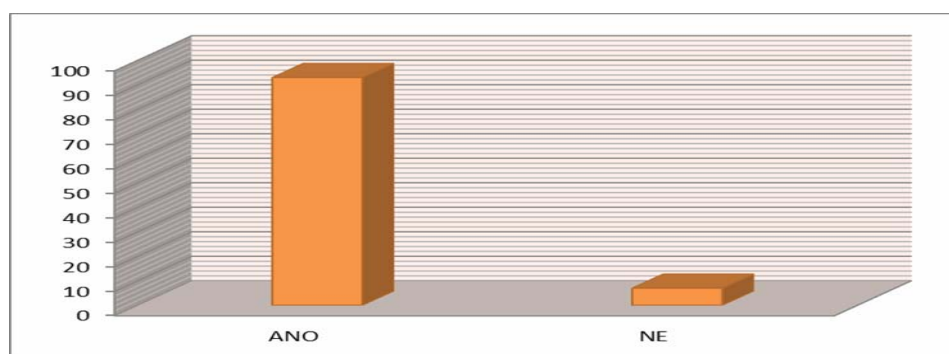
**Otázka č. 11: Máte představu, kde lze získat nějaké informace o tomto onemocnění?**

Respondenti se měli vyjádřit formou uzavřené otázky k tomu, zda mají nějakou představu o možnostech, kde lze získat informace o schizofrenii.

Tentokrát mohli respondenti volit pouze ze dvou možností. Následující tabulka č. 12 shrnuje získané odpovědi.

Tabulka 12 – otázka č. 11			
Máte představu, kde lze získat nějaké informace o tomto onemocnění?			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
ANO	86	93	86
NE	6	7	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Z výsledků dotazníků jasně vyplývá, že 93% respondentů ví, kde a jak je možné získat informace o schizofrenii. Pouze 6 dotazovaných (7%) na tuto otázku odpovědělo negativně. Názorně odpovědi obsahuje graf 11.



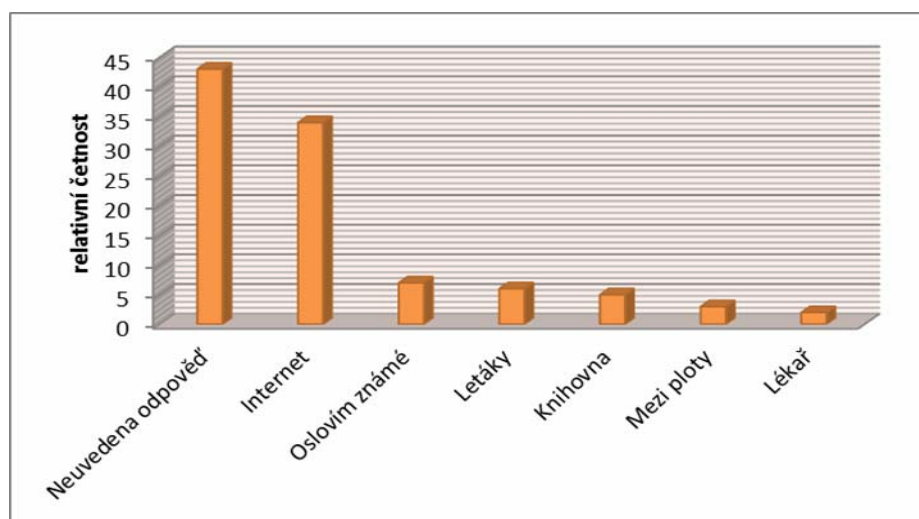
**Graf 11 – otázka č. 11: Vědí respondenti, kde získat informace o schizofrenii?**

**Otázka č. 12: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte prosím kde.**

Tato otázka rozšiřuje otázku předchozí. Autorka se dotazuje na případné zdroje, které by respondenti využili pro získání informací o schizofrenii. Otázka se vztahovala pouze na respondenty, kteří v té předchozí odpověděli ano. Výchozí počet respondentů pro vyhodnocení této otázky byl tedy 86. Následující tabulka 13 shrnuje odpovědi respondentů. V tomto případě autorka nemusela stanovovat pro vyhodnocení žádné škatulky, jelikož sami respondenti odpovídali jen v několika málo kategoriích.

<b>Tabulka 13 – otázka č. 12</b> <b>Kde lze získat informace o onemocnění?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
Neuvedena odpověď	37	43	37
Internet	29	34	66
Oslovím známé	6	7	72
Letáky	5	6	77
Knihovna	4	5	81
Mezi ploty	3	3	84
lékař	2	2	86
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	

Jako velký ukazatel jsou 43% těch, kteří na otázku neodpověděli, ačkoliv v předchozí otázce uvedli odpověď ano. Zajímavým faktem je, že tentokrát respondenti vůbec neuváděli televizi. Jako hlavní zdroj zisku informací respondenti považovali internet (34%). Dále respondenti zmiňovali známé (7%), informační letáky (6%), knihovny (5%), Mezi ploty (3%) a informace od lékaře (2%). Graficky jsou údaje znázorněny v grafu 12.



**Graf 12 – otázka č. 12: Zdroje informací**

#### **Otázka č. 13: Vyhledal/a jste někdy tyto informace?**

Toto byla poslední ze série otázek zaměřených na zisk a vyhledávání informací o schizofrenii. Respondenti se měli vyjádřit, zda někdy v minulosti vyhledávali informace o schizofrenii. Tabulka 14 shrnuje jejich odpovědi.

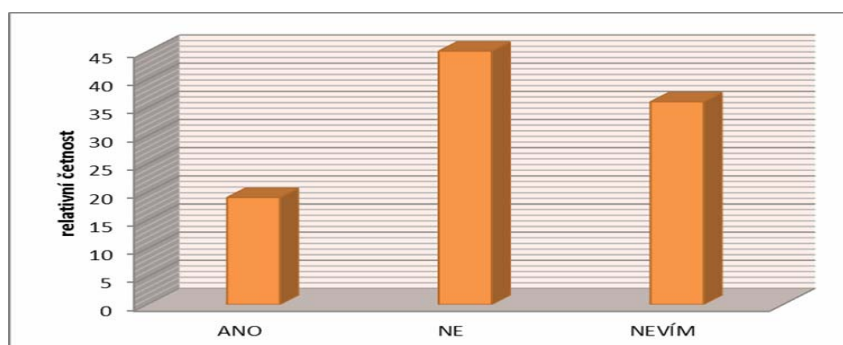
<b>Tabulka 14 – otázka č. 13</b> <b>Vyhledal/a jste někdy tyto informace?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
ANO	7	8	7
NE	85	92	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Informace o schizofrenii vyhledalo pouze 8% respondentů. 92% respondentů žádné informace v minulosti nevyhledalo. Dle autorky by mohlo být zajímavé, pokud by respondenti ke své odpovědi uvedli také důvod, který je k vyhledání těchto informací přivedl.

**Otázka č. 14: Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejné možnosti uplatnění ve společnosti jako zdraví lidé?**

Autorka požádala respondenty o srovnání možností lidí se schizofrenií s možnostmi společnosti. Téměř polovina respondentů (45%) byla toho názoru, že schizofrenici stejné podmínky pro uplatnění nemají. Velká část respondentů také zvolila variantu nevím (36%). Pouze 19% respondentů uvedlo, že možnosti schizofreniků jsou srovnatelné se zdravými lidmi. Tabulka 15 a následně graf 13 názorně shrnují postoje respondentů.

<b>Tabulka 15 – otázka č. 14</b> <b>Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejné možnosti uplatnění ve společnosti jako zdraví lidé?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
ANO	18	19	18
NE	41	45	59
NEVÍM	33	36	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	



**Graf 13 – otázka 14: Možnosti uplatnění ve společnosti**



**Otázka č. 15: Mohou se lidé se schizofrenií podle Vás na trhu práce setkat s diskriminací?**

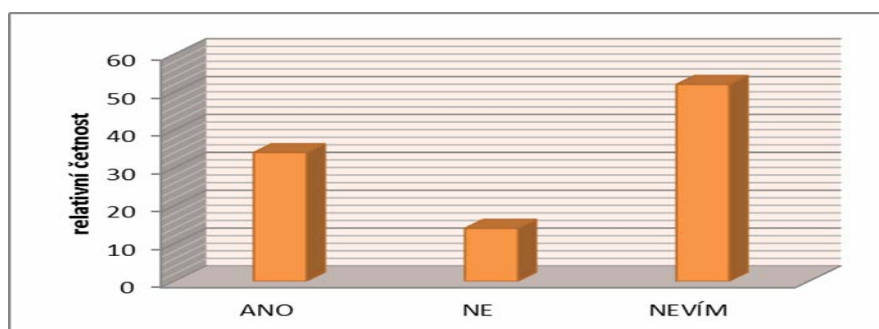
Tato otázka byla zaměřena na diskriminaci lidí se schizofrenií na trhu práce. Respondenti se měli zamyslet nad tím, zda diskriminace při hledání zaměstnání může postihnout i schizofreniky. Tabulka 16 shrnuje odpovědi respondentů.

<b>Tabulka 16 – otázka č. 15</b>			
<b>Mohou se lidé se schizofrenií podle Vás na trhu práce setkat s diskriminací?</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
<b>ANO</b>	31	34	31
<b>NE</b>	13	14	44
<b>NEVÍM</b>	48	52	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Z uvedených odpovědí vyplývá, že pouze 14% respondentů považuje nastavený systém v České republice jako v pořádku – tzn., že neexistuje diskriminace schizofreniků na trhu práce.

Naopak 34% respondentů jsou toho názoru, že diskriminace na trhu práce existuje. V neposlední řadě je nutné uvést velké procento těch, kteří na tuto otázku odpověděli neví – 52%. Jedná se o více než polovinu respondentů.

Odpovědi zahrnuje graf 14.



**Graf 14 – otázka 15: Diskriminace na trhu práce**

**Otázka č. 16: Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají lepší, horší nebo stejné podmínky při hledání zaměstnání než zdraví lidé?**

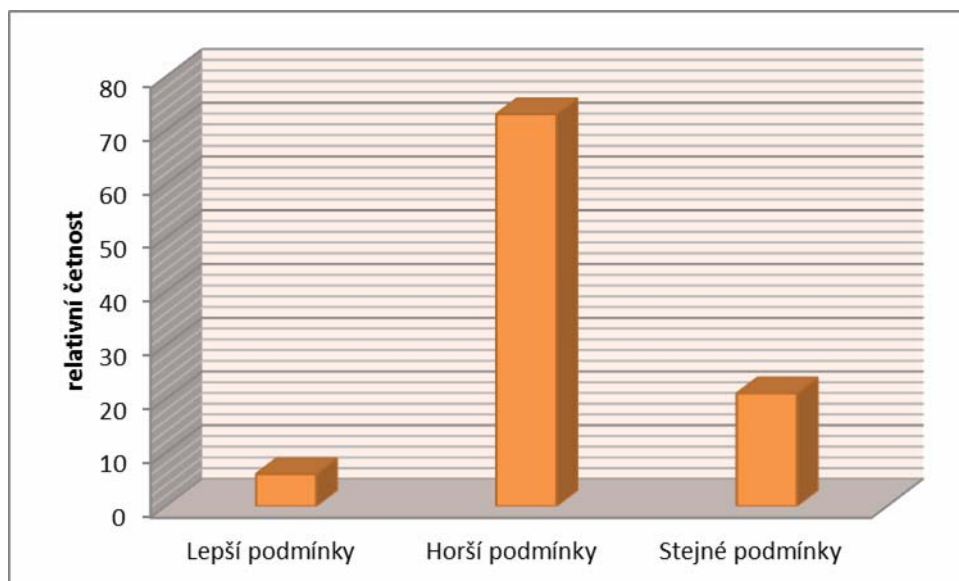
Respondenti se v této otázce měli znovu vyjádřit k možnostem hledání zaměstnání na volném trhu práce. Předchozí otázka zjišťovala, zda se schizofrenici při hledání zaměstnání mohou setkat s diskriminací. V této otázce se již autorka ptá na konkrétní podmínky pro hledání zaměstnání – lepší, horší, stejné? Odpovědi shrnuje tabulka 17.

<b>Tabulka 17 – otázka č. 16</b>			
<b>Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají lepší, horší nebo stejné podmínky při hledání zaměstnání než zdraví lidé?</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
<b>Lepší podmínky</b>	6	6	6
<b>Horší podmínky</b>	67	73	73
<b>Stejně podmínky</b>	19	21	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

73% respondentů se shodlo, že schizofrenici mají horší podmínky při hledání zaměstnání. Je k zamyšlení, jak je možné, že v předchozí otázce ale pouze 34% respondentů uvedlo, že existuje diskriminace duševně nemocných na trhu práce.

21% respondentů je toho názoru, že podmínky při hledání zaměstnání jsou stejné jako u zbytku populace.

6% respondentů očekává, že lidé se schizofrenií mají naopak lepší podmínky pro hledání zaměstnání. Je otázkou, na čem se jejich tvrzení zakládá. Možná na domněnce, že nemoc může přinést i určité benefity v podobě nabídek práce. Možná také na domněnce, že se na schizofreniky v rámci zaměstnání kladou nižší nároky. Také ale možná na domněnce, že existuje velké množství firem, chráněných pracovišť a jiných povolání, které mohou lidem se schizofrenií zaměstnání zprostředkovat. Odpovědi jsou graficky znázorněny v grafu 15 na následující straně.



**Graf 15 – otázka 16: Podmínky pro shánění zaměstnání**

**Otázka č. 17: Napadá Vás nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat? Pokud ano, uveďte prosím jaké.**

Tato otázka byla otevřená a dávala respondentům možnost navrhnout nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat.

17% respondentů rovnou uvedlo, že je žádné takové zaměstnání nenapadá. Dále 11% respondentů sice označilo odpověď ano, ale nakonec žádný konkrétní názor nevyjádřili.

Škála nabídek zaměstnání byla velmi pestrá. Nejčastější odpovědí nicméně nebylo přímo navrhnuté zaměstnání, ale druh práce. 21% respondentů se totiž domnívá, že lidé se schizofrenií mohou vykonávat spíše jednodušší zaměstnání. 15% respondentů si pak jako vhodnou pracovní pozici představuje pomocné práce.

Pro 13% respondentů nepředstavuje výběr profese nic náročného a jsou toho názoru, že lidé se schizofrenií mohou vykonávat práci jako kdokoliv jiný ve společnosti.

Poměrně vysoké zastoupení měla chráněná dílna, kterou uvedlo 9 respondentů, tedy 10%.

Odpovědi vzhledem k jejich pestrosti shrnuje tabulka 18.

<b>Tabulka 18 – otázka č. 17</b> <b>Napadá Vás nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat? Pokud ano, uveďte prosím jaké.</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
<b>NE (nenapadá)</b>	16	17	16
<b>ANO – ale bez odpovědi</b>	10	11	26
<b>Jednodušší zaměstnání</b>	19	21	45
<b>Pomocné práce</b>	14	15	59
<b>Jako kdokoliv jiný</b>	12	13	71
<b>Chráněná dílna</b>	9	10	80
<b>Částečný úvazek</b>	5	6	85
<b>Uklízeč</b>	3	3	88
<b>Sociální firmy</b>	1	1	89
<b>Zahradník</b>	1	1	90
<b>Dělník</b>	1	1	91
<b>Politik</b>	1	1	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

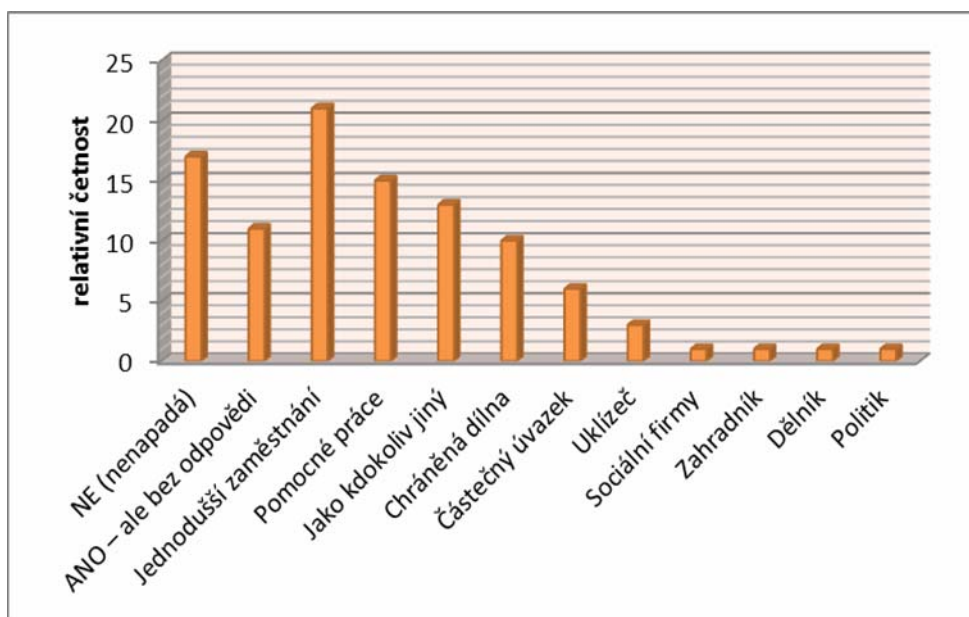
Mezi odpověďmi se dále objevilo 6% respondentů, kteří opět neuváděli konkrétní zaměstnání, ale typ úvazku – v tomto případě se jednalo o zaměstnání na částečný úvazek.

3% respondentů se domnívají, že vhodným zaměstnáním pro lidi se schizofrenií může být uklízeč, respektive nějaké úklidové práce.

Do škály zaměstnání nicméně pronikly i sociální firmy, které uvedl 1 respondent (1%).

Jako zajímavost lze vnímat odpověď jednoho respondenta (1%), který uvedl jako vhodné zaměstnání politickou funkci. O důvodu jeho volby se autorka může

pouze domnívat. Dále se v jednoprocentním zastoupení objevila povolání dělník a zahradník. Odpovědi shrnuje graf 16.



**Graf 16 – otázka 17: Uplatnění schizofreniků na trhu práce**

**Otázka č. 18: Jaké jsou podle Vás dvě nejčastější formy bydlení pro lidi se schizofrenií? Z nabídky vyberte dvě možnosti.**

Autorka nechala respondenty vybrat z předložené nabídky vždy dvě možnosti. Respondenti měli zároveň možnost i doplnit volnou odpověď, což využilo pouze 9% respondentů. Jako volná odpověď bylo uváděno přednostně chráněné bydlení, které si získalo 4% respondentů. Dále respondenti uváděli přímo konkrétní organizace pro lidi se schizofrenií. Mezi nimi byl Fokus (2% respondentů) a Diakonie (1% respondentů). Je důležité zmínit, že 2% respondentů uvedli squat jako jednu z nejčastějších forem bydlení lidí s duševní poruchou schizofrenie.

Absolutní převahu získala varianta psychiatrických léčení. Tuto možnost bydlení označilo 97% respondentů. Pouze 3 respondenti z celkového počtu tuto možnost nezatrhli.

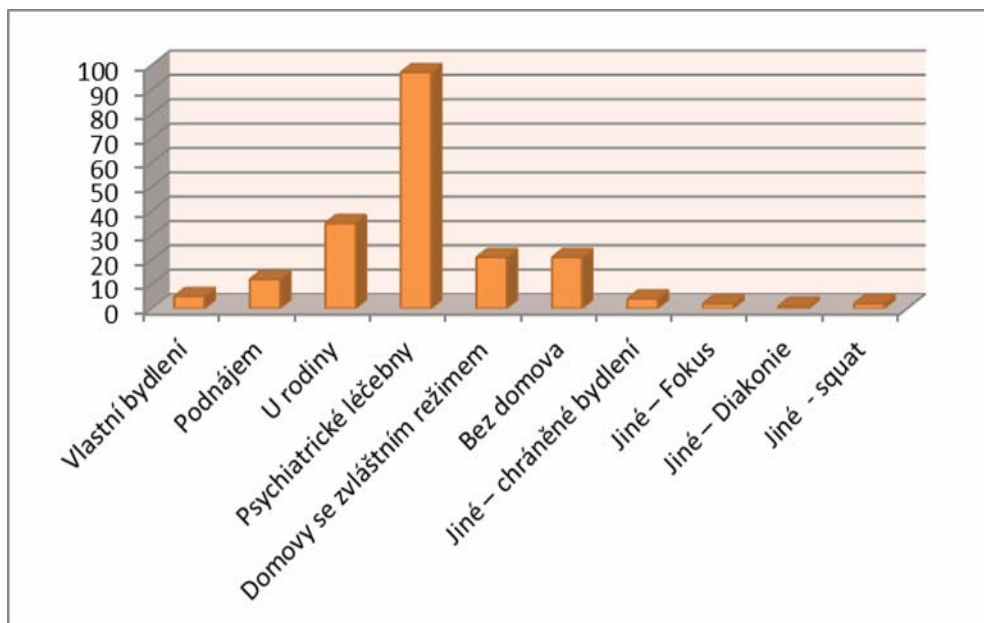
Druhé největší zastoupení měla možnost bydlet doma u rodiny. Tuto variantu zvolilo 35% respondentů. Je nutné zmínit, že většina k této možnosti ale musela zaškrtnout také psychiatrickou léčebnu.

Data jsou pro přehlednost shrnuta v tabulce 19.

<b>Tabulka 19 – otázka č. 18</b> <b>Jaké jsou podle Vás dvě nejčastější formy bydlení pro lidi se schizofrenií? Z nabídky vyberte dvě možnosti.</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Procentuální vyjádření ze základu 92 respondentů [%]
Vlastní bydlení	5	3	5
Podnájem	11	6	12
U rodiny	32	17	35
Psychiatrické léčebny	89	48	97
Domovy se zvláštním režimem	19	10	21
Bez domova	19	10	21
Jiné – chráněné bydlení	4	3	4
Jiné – Fokus	2	1	2
Jiné – Diakonie	1	1	1
Jiné - squat	2	1	2
<b>Celkem</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	

Stejný počet respondentů (21%) označil jako nejčastější alternativu bydlení Domovy se zvláštním režimem a možnost, že lidé se schizofrenií jsou přednostně bez domova.

Graf 17 na následující straně názorně zobrazuje rozdílnost názorů.



**Graf 17 – otázka 18: Nejčastější formy bydlení**

**Otázka č. 19: Představte si, že pronajímáte svůj byt a dozvíte se, že zájemce trpí schizofrenií. Uzavřel/a byste s ním podnájemní smlouvu?**

Tato otázka byla opět zaměřena na postoje respondentů vůči lidem se schizofrenií. Respondenti se měli vyjádřit k tomu, zda by duševně nemocnému pronajali byt, v případě, že by se o jeho onemocnění dozvěděli.

Pouze 11% respondentů by byt pronajalo, aniž by to s někým konzultovali. 23% respondentů by svůj byt rozhodně nepronajalo a 37% respondentů si není jisto a neví. Volnou odpověď jiné v této otázce žádný respondent nevyužil.

Velmi pozitivní ukazatel je, že 29% respondentů neříká rovnou ne (ale ani ano) a s někým by se poradili. Tabulka 20 na následující straně obsahuje všechny získané odpovědi.

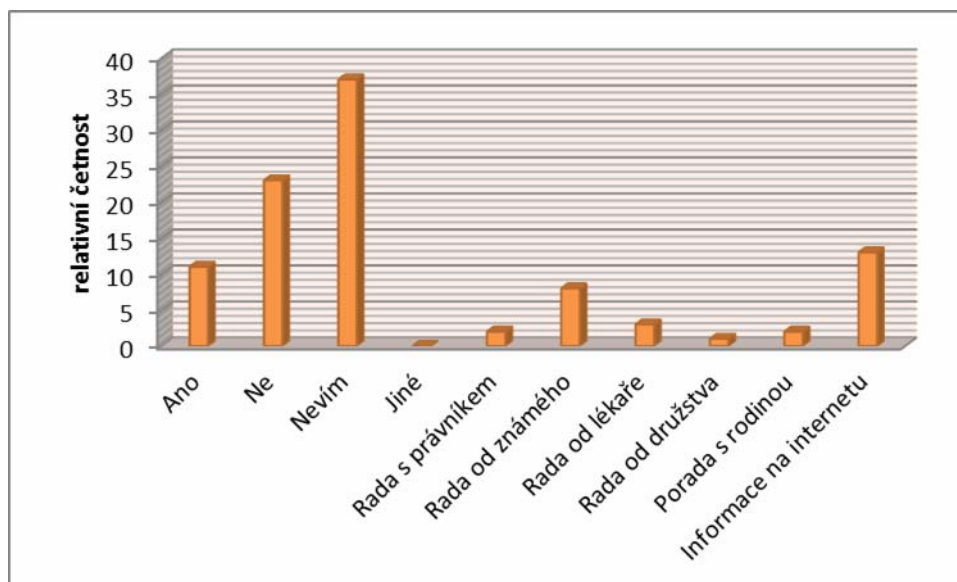
Nejčastěji by respondenti hledali radu na internetu (13%). 8% respondentů by o radu požádalo někoho ze známých a 3% respondentů se zeptá na radu lékaře.

2% respondentů uvedla, že se poradí s rodinou nebo s právníkem. Jeden respondent (1%) by konzultoval pronájem s družstvem. Odpovědi shrnuje také graf 18 na následující straně.

**Tabulka 20 – otázka č. 19**

**Představte si, že pronajímáte svůj byt a dozvíte se, že zájemce trpí schizofrenií. Uzavřel/a byste s ním podnájemní smlouvu?**

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
<b>ANO</b>	10	11	10
<b>NE</b>	21	23	31
<b>NEVÍM</b>	34	37	65
<b>Jiné</b>	0	0	65
<b>Rada s právníkem</b>	2	2	67
<b>Rada od známého</b>	7	8	74
<b>Rada od lékaře</b>	3	3	77
<b>Rada od družstva</b>	1	1	78
<b>Porada s rodinou</b>	2	2	80
<b>Informace na internetu</b>	12	13	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	



**Graf 18 – otázka 19: Pohled respondentů na pronájem bytu lidem se schizofrenií.**



**Otázka č. 20: Dokáží lidé se schizofrenií udržet trvalý partnerský vztah?**

Respondenti se měli vyjádřit k tomu, zda člověk se schizofrenií může udržovat trvalý partnerský vztah.

26% respondentů sdílí názor, že lidé se schizofrenií mohou udržovat trvalý partnerský vztah. Oproti tomu stojí 35% těch respondentů, kteří mají názor opačný – lidé se schizofrenií nedokáží udržet trvalý partnerský vztah.

39% respondentů na tuto otázku nedokázalo odpovědět. Jednotlivé kategorie odpovědí shrnuje tabulka 21.

<b>Tabulka 21 – otázka č. 20</b>			
<b>Dokáží lidé se schizofrenií udržet trvalý partnerský vztah?</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
<b>ANO</b>	24	26	24
<b>NE</b>	32	35	56
<b>NEVÍM</b>	36	39	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

**Otázka č. 21: Myslíte si, že nemoc nějak ovlivní vztahy v rodině? Pokud ano, popište prosím jak.**

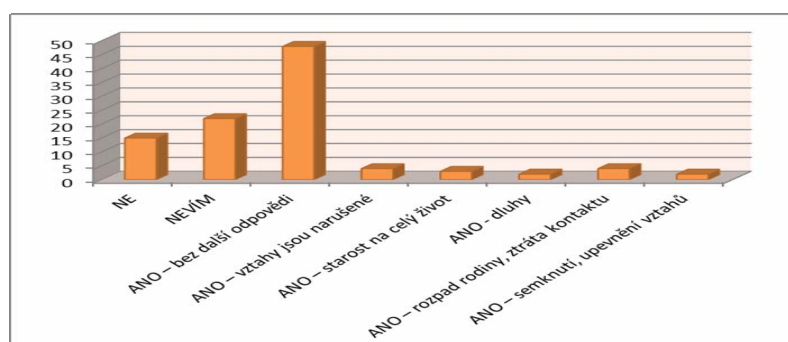
Respondenti se měli vyjádřit k tomu, zda schizofrenie může nějak ovlivnit vztahy v rodině. Autorka zároveň respondenty požádala, zdůvodnili své tvrzení v případě, že jejich odpověď bude kladná. Autorka pro vyhodnocení dotazníků musela opět vytvořit pomyslné škatulky. Odpověď ano uvedlo celkem 58 respondentů. Odpovědi shrnují na následující straně tabulka 22 a graf 19.

Pouze 15% respondentů se domnívá, že vztahy v rodině vlivem nemoci narušeny nebudou. 22% odpovídajících si tuto situaci zřejmě představit nedokáže, jelikož uvedli odpověď nevím. Celkový počet respondentů, kteří uvedli ano je 58. Nicméně 43 respondentů (což je 48% z celkového součtu) k této odpovědi nedoplnilo, jak se dle jejich názoru vztahy změní.

Konkrétní odpovědi pak byly vesměs negativní. Respondenti jsou toho názoru, že vztahy budou narušené, člověk se schizofrenií znamená starost na celý život, rodina se rozpadne a členové ztratí kontakt, nebo jejich vztahy ovlivní dluhy, které dle dvou respondentů nemocný člověk získá.

Pouze 2% respondentů našla nějaká pozitiva a dovedou si představit, že rodina by se vlivem nemoci mohla spojit (semknout, upevnit).

<b>Tabulka 22 – otázka č. 20</b> <b>Myslíte si, že nemoc nějak ovlivní vztahy v rodině? Pokud ano, popište prosím jak.</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
NE	14	15	14
NEVÍM	20	22	34
ANO – bez další odpovědi	43	48	77
ANO – vztahy jsou narušené	4	4	81
ANO – starost na celý život	3	3	84
ANO - dluhy	2	2	86
ANO – rozpad rodiny, ztráta kontaktu	4	4	90
ANO – semknutí, upevnění vztahů	2	2	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	



**Graf 19 – otázka č. 21: Může schizofrenie ovlivnit vztahy v rodině?**

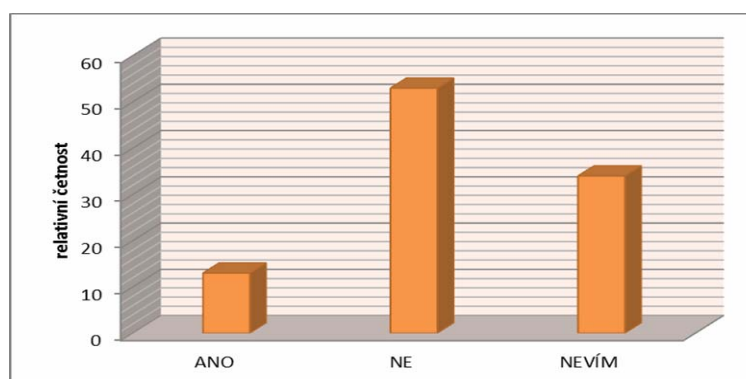
**Otázka č. 22: Je podle Vás člověk se schizofrenií schopen postarat se o dítě a vychovávat ho?**

Toto byla poslední ze série otázek zaměřených na sociální postavení lidí se schizofrenií ve společnosti.

Každý respondent měl za sebe říci, zda je dle jeho názoru schizofrenik schopen postarat se o dítě a vychovávat ho. Pro bližší představu jsou získaná data uvedena v tabulce 23.

<b>Tabulka 23 – otázka č. 22</b>			
<b>Je podle Vás člověk se schizofrenií schopen postarat se o dítě a vychovávat ho?</b>			
	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
<b>ANO</b>	12	13	12
<b>NE</b>	49	53	61
<b>NEVÍM</b>	31	34	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

S tím, že je člověk se schizofrenií schopen postarat se o dítě a případně ho vychovávat souhlasí pouze 13% respondentů. Více než polovina respondentů je naopak proti – 53%. I zde se objevilo velké procento těch, kteří nevědí jak se rozhodnout, respektive jak odpovědět. V tomto případě se jednalo o 34% respondentů. Graf 20 znázorňuje postoje respondentů k možnosti výchovy dítěte.



**Graf 20 – otázka č. 22: Může člověk se schizofrenií vychovávat dítě?**

**Otázka č. 23: Napadají Vás nějaké možnosti, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit?**

V této otázce autorka ponechala respondentům prostor pro návrh případných řešení, které by mohli vylepšit postavení lidí se schizofrenií ve společnosti.

I zde více než polovina respondentů neuvedla žádnou odpověď. Tabulka 24 zahrnuje všechny odpovědi. V tomto případě autorka nenastavovala žádné předem dané škatulky, protože odpovědi si byly vesměs velmi podobné a nebo pouze po jednom.

<b>Tabulka 24 – otázka č. 23</b> <b>Napadají Vás nějaké možnosti, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit?</b>			
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Kumulativní absolutní četnost
Neodpověděli	57	62	57
Větší osvěta, o schizofrenii by se mělo více mluvit	16	18	73
Změna systému psychiatrické péče	3	3	76
Vždy se dá něco zlepšit	1	1	77
Živí je stát, co více byste chtěla	1	1	78
Více pozitivních zpráv	1	1	79
Nabídka práce pro lidi s postižením	2	2	81
Větší angažovanost státu při zaměstnávání těchto lidí	5	6	86
Zrušit psychiatrické léčebny	3	3	89
Nemyslím, že postavení je špatné	1	1	90
Nevidím do toho, nerozumím tomu	2	2	92
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	

Jako nejvíce zásadní odpověď lze vnímat vysoké procento respondentů, kteří žádné návrhy na změny neuvedli – 62% respondentů. 18% respondentů se domnívá, že by byla vhodná větší informovanost a osvěta.

Celkem 8% respondentů je toho názoru, že by postavení lidí se schizofrenií ve společnosti mohla napomoci větší angažovanost státu při zaměstnávání těchto lidí nebo nabídka práce pro schizofreniky.

3% respondentů se domnívají, že by bylo vhodné změnit systém psychiatrické péče a 3% respondentů by rovnou zrušila psychiatrické léčebny.

2% respondentů se necítila kompetentní tuto otázku zodpovědět s tím, že do této problematiky nevidí.

Jeden respondent (1%) by uvítal více pozitivních zpráv a vidí v tom šanci na změnu. Oproti tomu jeden respondent (1%) si naopak nemyslí, že se postavení schizofreniků ve společnosti mělo měnit, jelikož dle jeho názoru špatné není.

Jeden respondent (1%) také uvádí, že něco změnit (zlepšit) se dá vždycky. Konkrétní návod k tomu ovšem nedodal.

Samozřejmě lze najít i negativní odpověď, kterou uvedl jeden respondent (1%). Je toho názoru, že lidé se schizofrenií žijí stát a bylo by troufalé požadovat nějakou změnu postojů společnosti.

### **14.3 Ověření předpokladů průzkumu**

**Lze předpokládat, že minimálně 30% oslovené populace neví, co znamená pojem schizofrenie.**

V rámci otázky č. 1 autorka zjistila, že z původního počtu 100 respondentů celých 8% respondentů o schizofrenii nikdy neslyšelo. Pro další vyhodnocování tedy počítala s pouze 92 platnými dotazníky.

V otázce č. 4 se měli respondenti konkrétně vyjádřit, co dle jejich názoru pojem schizofrenie znamená. 39% respondentů otázku buď vůbec nevyplnilo, nebo uvedlo neví. Z dalších odpovědí vyplynulo, že sice respondenti jistě povědomí o schizofrenii mají, ale mnohdy velmi zkreslené (např. odpovědi typu

nepředvídatelnost, zmatenost, povídání si pro sebe, atd.). Vysoké zastoupení mezi odpověďmi mělo také rozdvojení osobnosti (17% respondentů), což samozřejmě se schizofrenií vůbec nesouvisí a jedná se naopak o jeden z mnoha mýtů.

V rámci otázky č. 6 měli respondenti zaškrtnout typické projevy schizofrenie. Pouze 16 respondentů (17%) v dotazníku neuvedlo již zmiňované rozdvojení osobnosti a 76 respondentů (83%) ho naopak zaškrtnulo. Dále sice respondenti uváděli v největší míře jako projev schizofrenie nápadné změny v chování (70%) a paranoii (78%), nicméně označování mýtů přesto mělo početní převahu.

***Na základě vyhodnocení otázek v průzkumu jasně vyplývá, že předpoklad autorky byl potvrzen.***

**Lze předpokládat, že alespoň 70% respondentů se domnívá, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční.**

Tento předpoklad byl ověřován s pomocí otázky číslo 7, kde 80% respondentů jasně uvedlo, že lidé se schizofrenií mohou dle jejich názoru nebezpeční být, 13% respondentů si nebylo jisto a jen 7% respondentů schizofreniky za nebezpečné nepovažovalo.

Autorka se respondentů dále dotazovala, proč ze strany lidí se schizofrenií pociťují nebezpečí. 58% respondentů se nicméně dále nevyjádřilo. Jako zajímavý fakt se ukázalo, že 22% respondentů schizofreniky považuje za nebezpečné na základě informací v televizi.

***Předpoklad, že alespoň 70% respondentů se domnívá, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční, byl potvrzen.***

**Lze předpokládat, že respondenti, kteří lidmi se schizofrenií opovrhují, minimálně z 1/2 neznají příčiny vzniku onemocnění a nebo s člověkem se schizofrenií nikdy do styku nepřišli.**

Autorka postoje respondentů vůči lidem se schizofrenií ověřovala přednostně pomocí otázky č. 10. Zde se respondentů dotazovala na to, zda vůči schizofrenikům pociťují nebo nepociťují předložené postoje (porozumění, soucit, obavy a strach, podceňování, tendence utéci). Pro účely vyhodnocení tohoto předpokladu byly důležité odpovědi respondentů u postoje podceňování, který autorka do dotazníku zahrnula jako synonymum ke slovu opovržení.

Respondentů, kteří uvedli u podceňování odpověď ano, bylo celkem 19. Dotazníky byly sice zahrnuty do celkového součtu, ale u otázek 4 a 5 autorka ještě zvlášť monitorovala uvedené odpovědi respondentů.

Pro větší přehlednost zobrazuje výsledky tabulka 25.

<b>Tabulka 25</b> <b>Ověření předpokladu</b>			
<b>Příčiny vzniku nemoci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO znají příčiny	4	21	4
NE neznají příčiny	15	79	19
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	
<b>Setkání s člověkem se schizofrenií</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>	<b>Kumulativní absolutní četnost</b>
ANO setkali se s nemocným	1	5	1
NE nesetkali se s nemocným	18	95	19
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	

Z výsledků vyplynulo, že 79% respondentů nezná příčiny vzniku onemocnění a 95% respondentů, kteří lidmi se schizofrenií opovrhují, se s žádným nemocným nikdy nesetkalo. ***Předpoklad byl potvrzen.***

**Lze předpokládat, že alespoň 60% oslovených ví, kde je možné získat informace o schizofrenii, ale minimálně 50% respondentů je nikdy nevyhledalo.**

Tento předpoklad byl ověřován pomocí otázek 11 a 13. Autorka nejprve zjistila, že 93% respondentů ví, kde lze informace o schizofrenii získat. Respondentům byla položena ještě doplňující otázka č. 12, kde se autorka dotazovala, na která místa by se respondenti kvůli zisku informací obrátili. Nejvíce respondentů by využilo internet (34%).

Autorka předpokládala, že minimálně 50% respondentů informace o schizofrenii nikdy nevyhledalo. Z výsledků otázky č. 13 vyplývá, že informace o schizofrenii nikdy nevyhledalo 92% respondentů.

***Předpoklad byl na základě průzkumných otázek potvrzen.***

**Lze předpokládat, že alespoň 60% respondentů hodnotí sociální postavení lidí se schizofrenií ve společnosti jako nepříznivé.**

Předpoklad byl v rámci dotazníku ověřován otázkami 14, 15, 16, 18, 20 až 22. Mezi odpověďmi se velmi výrazně objevovalo uvádění varianty nevím, což vyhodnocování poněkud ztížilo, jelikož nevím mnohdy přesahovalo i více než polovinu respondentů.

Pro ověření předpokladu byly stěžejní následující údaje:

45% respondentů si nemyslí, že by lidé se schizofrenií měli ve společnosti stejné možnosti uplatnění jako zdraví lidé.

34% respondentů sdílelo názor, že lidé se schizofrenií se mnou na trhu práce setkat s diskriminací.

73% respondentů považuje u schizofreniků podmínky pro hledání zaměstnání za horší.

97% respondentů považuje za nejčastější formu bydlení pro lidi se schizofrenií psychiatrické léčebny.



35% respondentů je jednoznačně toho názoru, že lidé se schizofrenií nedokáží udržet trvalý partnerský vztah.

63% respondentů uvedlo, že vztahy v rodině budou vlivem nemoci nějak ovlivněny. Z odpovědí nicméně není jasné, jakým způsobem vztahy ovlivněny budou. Tuto odpověď tedy nebylo možné pro potvrzování předpokladu použít.

53% respondentů uvedlo, že člověk se schizofrenií není schopen postarat se o dítě a vychovávat ho.

***Ze získaných výsledků vyplynulo, že předpoklad potvrzen nebyl, ačkoliv respondenti mnohdy odpovídali velmi negativně.***

## 15 Diskuse

Autorka v průběhu průzkumu zjistila mnoho zajímavých údajů týkajících se postojů respondentů vůči lidem se schizofrenií. Čtyři z pěti předpokladů práce se autorce podařilo potvrdit, což mohl do jisté míry ovlivnit i fakt, že více než pět let pracuje s lidmi se schizofrenií, přičemž její náplní práce je právě navracení lidí se schizofrenií do běžného života a do společnosti. Stanovování předpokladů pak pro autorku nebylo tak nereálné.

Poslední předpoklad za potvrzený považovat nelze, jelikož odpovědi respondentů neodpovídali stanovenému procentuelnímu předpokladu. Hlavním důvodem bezesporu bylo vysoké procento respondentů, kteří odpovídali nevíím, případně dotaz nezodpověděli vůbec. Autorka tak nemohla získat potřebný počet dat, aby mohla předpoklad správně ověřit. Dalo by se polemizovat s tím, že důvodem bylo množství otevřených otázek, nicméně odpovědi formou nevíím se objevovali z velké míry i v uzavřených otázkách.

Dotazník obsahoval 23 otevřených i uzavřených otázek. Respondenti rozhodně projevili velkou ochotu, když se do průzkumu zapojili. Během vyhodnocování bylo zajímavým faktem, jak přibýval počet nevyplněných otevřených otázek. Je k zamyšlení, zda to bylo způsobeno náročností dotazníku (myšleno vědomostní náročností) nebo délkou dotazníku. Tento údaj by jistě bylo zajímavé od respondentů zjistit.

V průzkumu se objevovalo i mnoho zajímavostí. Například někteří respondenti v jedné otázce odpovídali, že lidé se schizofrenií dle jejich názoru nejsou nebezpeční, ale v další otázce uvedli, že vůči lidem se schizofrenií pociťují strach a obavy. Strach a obavy ostatně získaly 90 odpovědí z 92 možných.

Autorka několikrát během práce upozorňovala na přítomnost mýtů, které o schizofrenii ve společnosti panují. Jako zásadní se ukázala představa respondentů, že schizofrenie znamená totéž co rozdvojení osobnosti. Dále si mnoho respondentů pod pojmem schizofrenie představuje snížený intelekt či agresivní chování. Je nezbytné podotknout, že většina respondentů o schizofrenii

slyšela v televizi, případně viděli nějaký film. Poměr, jakým mohou utvářet názory veřejnosti média, je až alarmující.

Samotné stanovování otázek do dotazníku bylo pro autorku náročnou záležitostí. Autorka měla jasnou představu, co chce od respondentů zjistit, ale musela upravit formu, jak se respondentů ptát. Autorky předpokladem totiž bylo, že postoje veřejnosti nejsou vůči schizofrenikům příliš příznivé. Nicméně známým faktem je, že lidé neradi hovoří o svých negativních stránkách. Otázky musely být tedy stanoveny tak, aby se respondenti necítili dotčeni a byli zároveň ochotni uvést pravdivé údaje. I toto může být jedním z důvodů častých odpovědí nevím.

Velmi zajímavé je srovnání odpovědí z otázek 9 a 10. Většina respondentů uvedla, že ve společnosti převládá jako zásadní postoj vůči lidem se schizofrenií opovržení. Když byli ale respondenti dotazováni na své postoje, byl poměr podstatně nižší.

Celkově je ale nutné říci, že vzorek respondentů, kteří se průzkumu zúčastnili, nejspíše nemůže postihnout názory celé veřejnosti. Nicméně by bylo velmi zajímavé postoje celé veřejnosti znát.

## **Závěr**

Cílem předložené bakalářské práce bylo posoudit život lidí nemocných schizofrenií a zjistit, jaký je postoj veřejnosti vůči nim. Práce vycházela z předpokladů, že veřejnost není dostatečně informována o problematice schizofrenie a hodnotí postavení lidí se schizofrenií ve společnosti jako nepříznivé. Dalším předpokladem autorky bylo, že lidé se schizofrenií jsou ve společnosti vnímáni jako nebezpeční.

Metodou dotazníkového průzkumu autorka zjišťovala postavení lidí se schizofrenií na území hlavního města Prahy. Respondentem se mohl stát kdokoli, kdo má trvalé nebo přechodné bydliště v Praze a byl ochoten se do průzkumu zapojit. Výzkumný vzorek tedy tvořili obyvatelé Prahy.

Vzhledem k tomu, že cílem průzkumu bylo zjistit postoje veřejnosti, bylo nutné otázky přizpůsobit tak, aby na ně respondenti byli ochotni odpovídat. Ke schizofrenii se pojí mnoho negativních přízvisek jako „blázen“, „cvok“, apod. a běžně jsou tito lidé společností odmítáni. Autorka si kladla za cíl právě toto odmítání zmapovat, nicméně si uvědomovala, že nemůže od respondentů automaticky očekávat sebekritický přístup.

Na základě výše popsaných skutečností autorka před samotným průzkumem uskutečnila ještě pilotní průzkum, který ji přivedl k úpravě některých otázek.

Úskalím předložené práce byl a je fakt, že celkový pohled veřejnosti nelze vyzkoumat na základě odpovědí 100 respondentů. Nicméně i těchto zmíněných 100 respondentů přineslo autorce cenné informace.

Hlavním závěrem, ke kterému autorka v rámci průzkumu dospěla bylo, že veřejnost je velmi málo informována o duševní poruše schizofrenie. A pokud již respondenti nějaké informace měli, jednalo se většinou o zkreslené údaje získané skrze média.

Alarmující byl fakt, že sice necelá polovina respondentů vlastně neví, co přesně schizofrenie znamená, ale bez dvou procent všichni respondenti sdíleli názor, že vůči schizofrenikům pociťují strach a obavy.

Zásadním zjištěním bylo, že respondenti většinu informací čerpají skrze televizi a internet. Vzhledem k běžné praxi, že v médiích se informuje většinou jen o spíše negativních zprávách, nabízí se zde prostor ke změně. Jako velmi pozitivní autorka vnímá fakt, že někteří respondenti by se změně nebránili.

Přínosem práce jsou právě zejména odpovědi na otázku č. 23, kde autorka nabídla respondentům volné pole působnosti pro návrhy, jak by se dali možnosti lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit. Tyto návrhy dále shrnuje kapitola Návrh opatření.

Během průzkumu autorka zjišťovala také osobní zkušenosti respondentů se schizofrenií. Vyšlo najevo, že pouze velmi malé procento respondentů se někdy s nemocným člověkem setkalo. V tuto chvíli se ještě nabízí otázka, jaké toto setkání pro respondenty bylo.

Pro další průzkum by bylo jistě vhodné od respondentů (veřejnosti) zjistit jejich postoje vůči sociálním službám, které pro lidi se schizofrenií vznikají. Pokud by se totiž podařilo získat relevantní informace o tom, že služby potřeba jsou a mají své využití, mohl by to být cenný argument pro poskytovatele dotací, což je v největší míře stát.

V dotazníku se objevily také odpovědi takového typu, že by bylo vhodné zrušit psychiatrické léčebny. I toto by bylo zajímavé vyzkoumat – jednak z pohledu veřejnosti, ale také z pohledu lékařů a v neposlední řadě samotných nemocných. Respondenti, kteří takto v dotazníku odpovídali uvedli bydliště na Praze 8. Lze se pouze domnívat, zda jejich odpověď souvisela s Psychiatrickou léčebnou Bohnice, která na Praze 8 sídlí. Je možné předpokládat, že postoje obyvatel žijících v těsné blízkosti některé z psychiatrických léčeben mohou být do jisté míry ovlivněny vysokou pravděpodobností setkání s duševně nemocnými lidmi?

Autorka se u respondentů setkala s velkou ochotou odpovídat na někdy poměrně obtížné otázky. Ačkoliv závěrem zůstává, že postoje veřejnosti vůči lidem se schizofrenií jsou většinou negativní, tak fakt, že respondenti přesto byli

ochotni sami navrhovat případná opatření pro zlepšení možností schizofreniků ve společnosti ukazuje snad dobrou prognózu k lepším zítřkům.

## Návrh opatření

Z výsledků průzkumu vyšlo najevo, že základním zdrojem informací pro respondenty byla média, případně internet. Pro zlepšení postavení lidí se schizofrenií ve společnosti se tedy nabízí využít tuto cestu a skrze média do společnosti nevysílat pouze negativní informace, nýbrž i pozitivní zprávy. Nutnost více pozitivních zpráv ostatně uváděla i jedna respondentka v průzkumu.

Nelze jistě nikomu předsat, jaké názory by měl mít, jak by měl k lidem se schizofrenií přistupovat, jaké postoje zastávat. Ovlivnitelná nicméně je forma informací, které se k veřejnosti dostávají právě skrze média. Názor si jistě každý utvoří vlastní, ale měl by k tomu mít dostatek relevantních informací.

Vzhledem k tomu, že od samotných respondentů vznikla potřeba větší osvěty v oblasti schizofrenie, je i toto jednou ze základních otázek do budoucnosti, která je ovlivnitelná. Někteří respondenti uvedli jako zdroj zisku informací školní lavice – pravděpodobně i zde by mohl být prostor pro formování postojů veřejnosti a větší informovanost.

Jako zásadní se ale v postojích společnosti vůči schizofrenikům projevilo to, že by stát měl ukázat větší angažovanost minimálně při zaměstnávání lidí se schizofrenií a při tvorbě pracovních míst. Vlastně nejen při tvorbě, ale také při udržování míst stávajících.

V neposlední řadě z průzkumu vyplynulo i to, že není správně nastaven systém psychiatrické péče. Dokonce zazněly hlasy pro zrušení psychiatrických léčeben. Sociální a zdravotní oblast nejsou stále ještě propojeny, proto by se dalo říci, že vlastně ani nemohou správně spolupracovat. Nicméně pokud by byly psychiatrické léčebny zrušeny, je nutné do hry více zapojit komunitní služby a případně rodinu nemocného. Zde se ale hlavní a stěžejní úkoly opět dostávají do rukou státu.

Celkově vzato respondenti projevili velkou vůli k dalšímu formování svých postojů, nebránili se změnám a šíření nových, pozitivnějších zpráv o duševní poruše jménem schizofrenie, ačkoliv 98% z nich cítí vůči schizofrenikům obavy.

## Použité zdroje

*ABZ slovník českých synonym* [online]. [vid. 2012-03-29] dostupné z: <http://www.slovník-synonym.cz/web.php/slovo/opovrzeni>

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.

BEER, Dominic, PEREIRA, M. Stephen, PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-063-7.

BOUČEK, Jaroslav, PIDRMAN, Vladimír. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1136-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1993. ISBN 80-7184-141-2.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. 3. svazek. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2. Z francouzského originálu přeložila Věra Dvořáková, 1993.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. 1. svazek. Praha: Dauphin, 1999. Z francouzského originálu: *Maladie mentale et psychologie*. Paříž: Preses universitaires de France, 1966.

HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: Avicentrum, 1981. ISBN 08-068-82.

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata Praha, 1996.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1987. ISBN 08-080-87.



KOHOUTEK, Rudolf, 2005 – 2006. *ABZ slovník cizích slov: Pojem snowball sampling (angl.)* [online]. [vid. 2012-03-29]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/snowball-sampling-angl>

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

PALA, Karel, VŠIANSKÝ, Jan. *Slovník českých synonym*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2001. ISBN 80-7106-450-5.

PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján, BAREŠ, Martin a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

PRAŠKO, Ján, BAREŠ, Martin a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

Psychiatrická léčebna Bohnice jde vstříc komunitní péči. *Esprit*. 2009, roč. XIII, č. 3, s.8. ISSN 1214-2123.

*Psychiatrické centrum Praha: Historie a současnost PCP* [online]. [vid. 2011-10-23]. Dostupné z: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/onas.htm>

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3.

*SOCIOweb. Sociologický webzín* [online]. 2006, č. 3 [vid. 2012-03-29]. ISSN 1214-1720. Dostupné z: [http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/127\\_socioweb%203-06%20cely%20pdf.pdf](http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/127_socioweb%203-06%20cely%20pdf.pdf)

STYX, Petr. *O Psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými. Kdo je zdravý a kdo nemocný?* 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

Útvar rozvoje hlavního města Prahy, 2010: *O Praze* [online]. [vid. 2012-03-29]. Dostupné z: <http://www.urm.cz/cs/o-praze>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

World Health Organization Geneva. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [vid. 2012-03-29]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

ZMĚNA STOPSTIGMA. *Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění: Snižování stigmatu* [online]. [vid. 2012-03-29]. Dostupné z: [http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2\\_7\\_sniz\\_stigmatu.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/2_7_sniz_stigmatu.html)

ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova – vydavatelství Karolinum, 1996. ISBN 382-70-96.

## **Seznam příloh**

1. Dotazník k průzkumu (viz s. 46 - 52)

Příloha č. 1:

*Vážená paní, vážený pane,*

*obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce – Schizofrenie očima veřejnosti. Práce je zaměřena na lidi s duševní poruchou nazývanou Schizofrenie a na jejich postavení v dnešní společnosti.*

*Dotazník je anonymní a údaje v něm obsažené budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.*

*Velice Vám děkuji, pokud se rozhodnete dotazníku věnovat svůj čas.*

*Jiřina Chalupská*

---

Uved'te prosím svůj věk:

Uved'te prosím pohlaví:

Prosím označte, ve které Praze máte trvalé nebo přechodné bydliště:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

1) Slyšel/a jste někdy o duševní poruše jménem schizofrenie?

- Ano
- Ne

2) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, zaškrtněte prosím, kde jste se s tímto pojmem setkal/a:

- ve škole
- v médiích
- v zaměstnání
- ve Vašem blízkém okolí
- jinde:

3) Co si pod pojmem schizofrenie představujete? (stručně popište)

4) Uved'te prosím, jaké jsou podle Vás možné příčiny onemocnění?

- Nevím

5) Setkal/a jste se někdy s člověkem, který onemocněl schizofrenií?

- Ano
- Ne
- Nevím

6) Jaké jsou podle Vás typické projevy této nemoci? (zaškrtněte prosím 5 odpovědí)

- Nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost, apatie)
- Zanedbaný vzhled
- Rozdvojení osobnosti
- Halucinace a bludy
- Paranoia
- Agrese, konfliktní chování
- Poruchy myšlení (inkohherentní, nesouvislé, bez logiky)
- Snížený intelekt
- Poruchy pozornosti
- Asociální chování

7) Myslíte, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční?

- Ano
- Ne
- Nevím

8) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte prosím důvod, proč tento názor máte?

9) Jaký myslíte, že ve společnosti převládá postoj k lidem se schizofrenií? (zaškrtněte dvě odpovědi)

- Snaha pomáhat
- porozumění
- opovržení, podceňování
- obavy, strach
- jiné:

10) V případě, že jste se osobně setkal/a s někým, kdo měl schizofrenii, zamyslete se prosím nad tím, co ve Vás toto setkání vyvolalo? V případě, že žádnou podobnou zkušenost nemáte, zkuste si prosím představit, co by ve Vás setkání pravděpodobně vyvolat mohlo? U každé z následujících variant vyberte možnost, která odpovídá Vaším pocitům.

- |                  |     |    |       |
|------------------|-----|----|-------|
| • Porozumění     | Ano | Ne | Nevím |
| • Soucit         | Ano | Ne | Nevím |
| • Obavy, strach  | Ano | Ne | Nevím |
| • Podceňování    | Ano | Ne | Nevím |
| • Tendence utéci | Ano | Ne | Nevím |

11) Máte představu, kde lze získat nějaké informace o tomto onemocnění?

- Ano
- Ne

12) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, uveďte prosím kde:

13) Vyhledal/a jste si někdy tyto informace?

- Ano
- Ne

14) Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejné možnosti uplatnění ve společnosti, jako zdraví lidé?

- Ano
- Ne
- Nevím

15) Mohou se lidé se schizofrenií podle Vás na trhu práce setkat s diskriminací?

- Ano
- Ne
- Nevím

16) Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají lepší, horší nebo stejné podmínky při hledání zaměstnání než zdraví lidé?

- Lepší podmínky
- Horší podmínky
- Stejně podmínky

- 17) Napadá Vás nějaké zaměstnání, které by lidé se schizofrenií mohli vykonávat?  
Pokud ano, uveďte prosím jaké:
- Ano:
  - Ne
- 18) Jaké jsou podle Vás dvě nejčastější formy bydlení pro lidi se schizofrenií?  
Z nabídky vyberte dvě možnosti:
- Vlastní bydlení
  - Podnájem
  - U rodiny
  - Psychiatrické léčebny
  - Domovy se zvláštním režimem (dříve nazývané jako Ústavy sociální péče)
  - Bez domova
  - Jiné
- 19) Představte si, že pronajímáte svůj byt a dozvíte se, že zájemce trpí schizofrenií.  
Uzavřel/a byste s ním podnájemní smlouvu?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
  - S někým bych se poradil/a. Uveďte prosím s kým:
  - Jiné:
- 20) Dokáží lidé se schizofrenií udržet trvalý partnerský vztah?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
- 21) Myslíte si, že nemoc nějak ovlivní vztahy v rodině? Pokud ano, popište prosím jak?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
- 22) Je podle Vás člověk se schizofrenií schopen postarat se o dítě a vychovávat ho?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
- 23) Napadají Vás nějaké možnosti, jak by se mohlo současné postavení lidí se schizofrenií ve společnosti vylepšit?

*Děkuji za čas, který jste dotazníku věnovali.*